Annual Report on Children 2001-2002

Prepared by the Premier's Council on Healthy Child Development

April 2003

Prince Edward Island
CANADA

Prince Edward Island CANADA
Premier's Council on Healthy Child Development
16 Garfield Street
PO Box 2000, Charlottetown, PE Canada C1A 7N8

Conseil du premier ministre sur le développement salutaire de la petite enfance
Île-du-Prince-Édouard CANADA
16, rue Garfield
C.P. 2000, Charlottetown, Î.-P.-É. Canada C1A 7N8

April 15, 2003

Premier Patrick G. Binns
Province of Prince Edward Island

Dear Premier Binns,

On behalf of the Premier's Council on Healthy Child Development, I am very pleased to present you with this ***Annual Report on Children 2001-2002.*** The 2001-2002 report provides an overview of programs and services available for young children and families and information on the well-being of Island children.

As you will see in this report, both community and government are providing valuable services for children and families and are making great progress towards the implementation of the Healthy Child Development Strategy. It is clear to us that Islanders are deeply committed to working together to achieve the best possible outcomes for PEI children.

In the 2000-2001 report, we indicated that we would expand on our outcome measures and report more extensively in future years. We are very proud that we have been able to achieve this objective in the 2001-2002 report. The 2001-2002 report contains considerable detail outlining how PEI children are doing. Over time we will be able to understand what results our investments in children are producing and to determine where new investments should be made.

We continue to be encouraged by the progress made to date and are confident that children will remain a priority for your administration.

Sincerely,

David Harper

David Harper
Chair, Premier's Council on Healthy Child Development

Table of Contents

Vision Statement

Introduction: The Premier's Council 1

The Healthy Child Development Strategy 2

Highlights of 2001-2002 3

Reaching Our Goals 6

Monitoring the Well-being of PEI Children 15
- Physical Health 19
- Safety and Security 26
- Early Development 28
- Family-related Indicators 40
- Community-related Indicators 47

Conclusion 50

Appendices
- Appendix 1 Children's Working Group – Organizations Involved 51
- Appendix 2 National Longitudinal Study on Children and Youth 52
- Appendix 3 Early Childhood Development Investments 53
  - Early Childhood Development, Learning, and Care 54
  - Parenting and Family Supports 57
  - Community Supports 59

104-00322/

Our Vision

Children in Prince Edward Island will thrive in an atmosphere of love, care and understanding. They will be valued as individuals in childhood and will be given a sense of hope and pride in themselves and our Island, as well as opportunities to reach their full potential as adults.

Respected and protected, Island children will respect and protect the rights of others. Valued, nurtured and loved, they will grow up able to contribute to a society that appreciates literacy, diversity, supports the less able, and shares its resources.

Given the opportunity to develop their physical, creative, intellectual, emotional, social and spiritual capacity to the fullest, children in Prince Edward Island will become tomorrow's successful and enthusiastic parents, caregivers, workers and citizens.

....For Our Children: A Strategy for Healthy Child Development
November 2000

Introduction

The **Premier's Council on Healthy Child Development** was established by Premier Pat Binns in March 2001 as a demonstration of the provincial government's commitment to the Healthy Child Development Strategy, a Prince Edward Island initiative focussing on children from the prenatal period to early school years.

Premier Binns first introduced council members to the community at the Healthy Child Development Planning Conference in Charlottetown. The council members are Islanders who collectively bring a wealth of experience and knowledge about children.

The council's role is to advise the Premier on issues affecting young children in PEI. The council monitors the implementation of the Healthy Child Development Strategy by reviewing the indicators of child well-being and determining whether the strategy is reaching its goals for healthy child development. This **Annual Report on Children 2001-2002** assists in fulfilling the council's mandate.

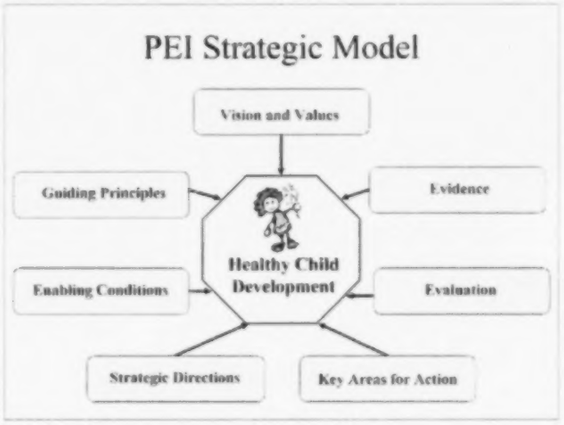
This report consists of four main sections. First, a brief background of the Healthy Child Development Strategy and its implementation is provided. Second, highlights of child-related events and samples of child and family focussed initiatives that help achieve the goals of the Healthy Child Development Strategy are described. Following that, a section outlining indicators of child well-being will allow members of the council to monitor improvements in healthy child development over time. The report ends with detailed information on our investments through the federal/provincial/territorial Early Childhood Development Initiative.

Healthy Child Development Strategy

The goals of the **Healthy Child Development Strategy** are that all children in Prince Edward Island will:

- **be safe and secure**
- **enjoy good health**
- **be successful at learning**
- **benefit from social belonging and responsibility**

The Healthy Child Development Strategy belongs to all Islanders, since all Islanders have a role to play in helping children reach these goals. Government provides leadership, but the involvement of communities, businesses and families is needed to ensure its success.



The strategic model that guides this initiative outlines a vision for children and sets out statements of values, both of which were developed in consultation with Islanders. The strategy's guiding principles and enabling conditions set the stage for all partners to use the strategic directions in addressing the key areas of action.

The strategy uses a continuous planning approach, based on evidence of how children develop and based on examples of good practice. Ongoing measuring and evaluation are key activities in understanding when and how a difference is being made in the lives of children.

Provincial government departments recognize their role in enhancing the ability of parents and communities to care for their children. The departments acknowledge that healthy child development is based on interrelationships between social and economic environments, which together allow healthy growth for our children. Departments work together to promote healthy development for Island children through the **Children's Secretariat**.

The Children's Secretariat includes five provincial government departments (Health and Social Services, Education, Office of the Attorney General, Community and Cultural Affairs, and Development and Technology) at the staff and deputy minister levels. The core staff of the secretariat is housed in the Department of Health and Social Services. The secretariat provides support to the Premier's Council on Healthy Child Development and focuses on policy development and coordination for children from prenatal to eight years old.

The **Children's Working Group** is a broad, intersectoral group that includes community representatives who focus on key areas of action, members of the Children's Secretariat, and representatives of key sectors who are involved with children. The Children's Working Group is a "network of networks" that links with individuals, organizations and coalitions who are working on behalf of young children and their families. The Children's Working Group shares information and explores opportunities to share resources across networks. Members provide links to communities and bring varying perspectives to broad initiatives such as public education, research and building a continuum of programs and services for children. The Children's Working Group also develops an annual action plan to identify priorities for activities designed to work toward the strategy's goals.

Highlights: 2001-2002

The Premier's Council is impressed with the range and scope of activities undertaken in 2001-2002 to promote healthy child development. It is the collective ownership of the strategy – involving community, business and volunteer sectors, parents and families — that ensures its success. During 2001-2002, Islanders came together in many venues to focus their thoughts and ideas on children. The following highlights some of these events and describes some of the recognition given to these collaborative efforts.

More than 100 representatives from community organizations and government attended the first **Annual Children's Think Tank** held on November 19, 2001, in Charlottetown. Participants were asked to consider the Healthy Child Development Strategy, to identify priority directions for action and to build links and working relationships across networks.

Participants at the first Annual Think Tank recommended principles to guide the implementation of the Healthy Child Development Strategy:

- ***A Universal and Inclusive Approach***
- ***Sustainability of Programming and Services***
- ***Shared Leadership***
- ***Prevention and Promotion***

The Honourable Jeffrey E. Lantz, Minister of Education and Attorney General, launched the Healthy Child Development Web site during the Think Tank. It can be accessed at *www.gov.pe.ca/hcd*.

In the fall 2001 the Children's Secretariat and the University of Prince Edward Island worked together to host **Web-Based Early Childhood Development Discussions**. This was done in collaboration with the University of Toronto and several leading early childhood development researchers who were invited to discuss their work and the future directions of their fields. Using Internet-based technology, these discussions were broadcast to various locations across Canada and provided viewers with an opportunity to respond through online communication.

The **National Roundtable on Active School Communities**, hosted by the Department of Community and Cultural Affairs, was held October 18-20, 2001, in Charlottetown. The event provided a unique opportunity for representatives from governments, communities and schools to come together to share successes, develop strategies and commit to action. Delegates represented three sectors (health, education, and recreation and sport) and came from every province and territory.

Roundtable participants agreed that:

- An active school community is one in which all citizens, including teachers, students, parents, administrators and community leaders, work together to create physical and social environments that support active, healthy lifestyles.
- An active school community will support a number of initiatives that encourage physical activity. These may take place in the home, the school or the community-at-large.

The Early Childhood Development Association released the research findings of the ***Understanding the Early Years*** project in November 2001. *Understanding the Early Years* (UEY) is a national research initiative funded by Human Resources Development Canada. The *Early Childhood Development in Prince Edward Island Report* describes children's outcomes and explains them in terms of family and community factors. The research evidence will be used by communities to identify needs for local activities and services supporting families with young children. Governments will use this research to gain an understanding of the key influences and state of children's well-being and to develop policies that best promote children's well-being.

As part of the Quality and Pride in the Public Service conferences held annually in PEI, the **Institute for Public Administration Canada** presented the **Cooperative Efforts – Public Service Excellence Award** to the Healthy Child Development Advisory Committee in June 2001. The advisory committee developed the Healthy Child Development Strategy. The Cooperative Efforts award is presented to a group demonstrating cooperation, creativity and team spirit in the workplace.

The theme for **2001 Crime Prevention Week** was *Think Community Safety! It Takes a Whole Community to Keep Us Safe!* Peaceful communities are essential for healthy child development and healthy child development is essential for peaceful communities. Children who get a good start are less likely to be involved in crime. Crime Prevention Week is intended to encourage people from all walks of life to get involved in activities that continue to promote crime prevention and community safety. Each year, the Premier's Crime Prevention Awards Program recognizes individuals, organizations and businesses who are making significant contributions in this area. Continuing to protect Island children from crime will allow them the opportunity to live happy, healthy, productive lives.

Throughout the fall of 2001, a series of **public consultations on family violence** affirmed the work of the Premier's Action Committee on Family Violence Prevention. The consultations revealed a shift in the public's response to family violence and resulted in a greater understanding and awareness of family violence. Islanders expressed a desire to know more about what they could do to make our communities and our families safer. Most importantly, a commitment was made to work together to decrease the incidence of family violence.

The consultations highlighted that children must be a priority in order to break the cycle of violence, and that children who experience or witness family violence need support. The consultations repeatedly revealed that it is critical to provide timely support for children suffering from abuse. Exposure to family violence inhibits a child's ability to trust, learn, develop and reach his or her full potential.

The PEI Literacy Alliance organized a carousel of family literacy activities at the Charlottetown Mall to celebrate **Family Literacy Day** with partners Frontier College Students for Literacy, UPEI and the Confederation Centre Children's Library.

The carousel encouraged parents and children to watch or participate in activities that promote literacy and offered advice on activities that help children develop the ability to learn and a love reading. Family literacy kits containing tips for skill development, fun activities that promote literacy and low-cost ways to develop learning skills were distributed. Children took home bookmarks, posters, buttons, books and puppets. Approximately 150 parents and children attended.

The Early Childhood Development Association of PEI released ***For Our Educators, A Study of the Early Childhood Education Sector***. This study addressed key challenges such as lack of fiscal resources, staff retention and recruitment, low wages and benefits and the limited access to education and continuing education opportunities. The report also provides strategic direction to guide the work of the association.

A review of age of school entry into the public school system was undertaken by the Department of Education. In recent years, there has been much debate about the optimal age of school entry for children, their families and the school system. Mounting evidence suggests that younger children may not be as developmentally ready as their older peers to learn in a classroom environment. Children are more likely to experience success if they are older upon entering school. Public consultations gave Islanders an opportunity to provide input.

A new ***Child Protection Act*** was introduced in the Legislature in December 2001 as a cornerstone of the Department of Health and Social Services' commitment to the health and well-being of children. One of the key elements of this act is to ensure child protection processes take into consideration the developmental timelines of children. Regulations to accompany the act have been developed in consultation with the health regions.

The Dr. J.H. O'Hanley Award of Excellence is presented annually to an individual or organization who has made exceptional contributions and has demonstrated outstanding dedication and loyal service to the care of children in PEI. The 2001 recipient of the award, Ms. Edna Peters, has worked for 36 years in PEI's hospital system.

Reaching Our Goals

The development of healthy children is the responsibility of everyone and is not limited to formal programs in which children are involved. Children benefit from informal interactions with their families, caregivers, coaches and teachers during everyday activities at rinks, libraries, parks and grocery stores.

The Premier's Council would like to recognize the following initiatives, as a small sampling of the many government and community-based programs and services that impact PEI children and families, within our goals as identified in the Healthy Child Development Strategy.

Goal: All children in Prince Edward Island will be safe and secure.

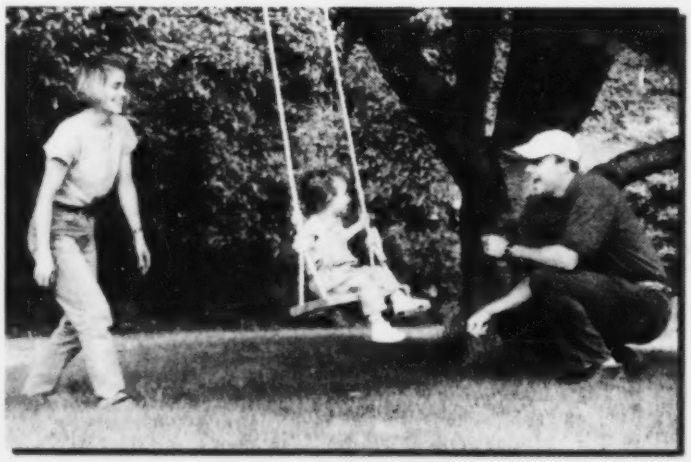
Children's basic needs for food, shelter, clothing and a safe physical environment will be met. Children will be protected from abuse, neglect, discrimination, exploitation and danger.

Many Island schools are using the **Bully Prevention Program** which advocates for the prevention of bullying and anger management. Teachers attended workshops and ***Un pas de plus*** was translated for francophone and immersion teachers.

All schools in PEI participated in the initial training titled ***Positive Behaviour Intervention and Support***. This is a process which focuses on fostering a safe and caring school environment to enhance student academic and social success. Several schools are now working on the development of a school code of conduct with a focus on positive support.

Thirty-four individuals are trained to carry out **Child Car Seat Check-ups** across PEI. These people represent many walks of life including Family Resource Centre staff, Public Health, Highway Safety/Access PEI, nurses, community volunteers, RCMP, City Police, the Co-Operators Insurance Company, and others from various health regions.

During 2001-2002, 400 child car seats were checked for proper installation during car seat clinics and roadside checks across PEI. In addition to car seat checks, the trained individuals responded to many phone calls over the year to help answer questions or concerns of Islanders.



Recognizing that the Sir Louis Henry Davies Law Courts Building in Charlottetown can be stressful for children, efforts have been made to ensure that the **child victim/witness waiting areas** in the Court House are more welcoming and supportive for children and their families. Toys and activities are provided for children to play with while waiting for court.

Family Law Services, a division of the Office of the Attorney General, follows a **child-centred approach** when dealing with families faced with legal issues. This initiative was established on the belief that the future of society depends on the well-being of its children. This new section brings together services and programs that have a direct effect on families' and children's well-being.

The Healthy Child Allowance was increased to $38 per month in 2001. This allowance enables children to enroll in community sporting, musical, arts and cultural activities. This supports recommendations in the Healthy Child Development Strategy around the importance of active children and the need to make these activities accessible to low-income families.

The PEI Tobacco Reduction Alliance (PETRA) is delivering a number of tobacco reduction programs. The Smoke-Free Vehicle decals, an important tool in reducing the number of children exposed to the harmful effects of second-hand tobacco smoke, continue to be distributed by Access PEI across the province. Smoke-Free Homes research in partnership between PETRA and UPEI continues to explore the process households use to make their homes smoke-free.

The Public Health Nursing program within the health regions continues to support women who are pregnant and/or new mothers who wish to quit smoking by providing access to a number of self-help programs provided by PETRA including *Stopping When You Are Ready; Start Quit, Stay Quit;* and *How Not To Smoke.*

The RCMP **Hug-A-Tree and Survive Program** is a search and rescue program targeted at children from kindergarten to the early school years. The program teaches children how not to become lost in the woods, what to do if they become lost, how not to come to harm and how they can help searchers find them.

Goal: **All children in Prince Edward Island will enjoy good health.**

Children will be as physically, emotionally and spiritually healthy as possible, with strong self-esteem, coping skills and enthusiasm.

A Diabetes Pediatric Follow-up Clinic (multi-disciplinary) was established in coordination with pediatricians at the Queen Elizabeth Hospital. This program provides quarterly follow-up for children and their families.

The Public Awareness Campaign Committee regarding **Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects** (FAS/FAE) has been working hard to create awareness and promote prevention of FAS/FAE. Posters and brochures are available at Public Health Nursing Offices and Liquor Control Commission outlets throughout PEI.

The Breastfeeding Coalition is a broad-based provincial working group dedicated to the promotion of breastfeeding in Prince Edward Island. The coalition includes representatives from all regional health authorities across the province, community partners and the Department of Health and Social Services. The coalition provided training to public health nurses across the Island in order to increase their knowledge and skills in breastfeeding supports.

Lactation consultant services are available to patients, staff nurses and physicians for referral or consultations to support breastfeeding. The consultant offers prenatal and postnatal support and assistance in hospitals and communities across the Island.

Best Start completed its three-year pilot project in the Queen's Health Region funded by the National Crime Prevention Centre. Best Start is an extensive screening, assessment and community-based home-visiting program for children from birth to three years and their parents. The program goals are to prevent child abuse and neglect, and to improve behavioural, learning and health outcomes for children. Partners included Queens Region Public Health Nursing and the CHANCES Family Resource Centre.

Oncology Services for Children has moved from the Cancer Treatment Centre to the Pediatric Unit of the Queen Elizabeth Hospital. The Pediatric Unit provides a supportive environment for children and families.

The PEI Association of Acadian and Francophone Women, in partnership with several other francophone community organizations, developed **a self-esteem kit for Acadian and francophone children**. The kit is available for sale to those who wish to purchase it for use in the classroom or at home.

The Patrick A. Gill Asthma Education Centre has a mandate to improve services to children and adults with asthma using a coordinated and consistent approach to asthma management. Through assessment, education and ongoing follow-up, clients are better able to manage their asthma. The Asthma Education Centre leads the Maritimes in positive outcomes for children with asthma such as decreased emergency room visits, decline in hospital admissions and fewer days missed from school.

The comprehensive approach to children's mental health led by the **Children's Mental Health Coalition** is now supported by two child psychiatrists in the province, as well as by the outreach child psychologist at the Isaac Walton Killam (IWK) Hospital through the use of video-conferencing.

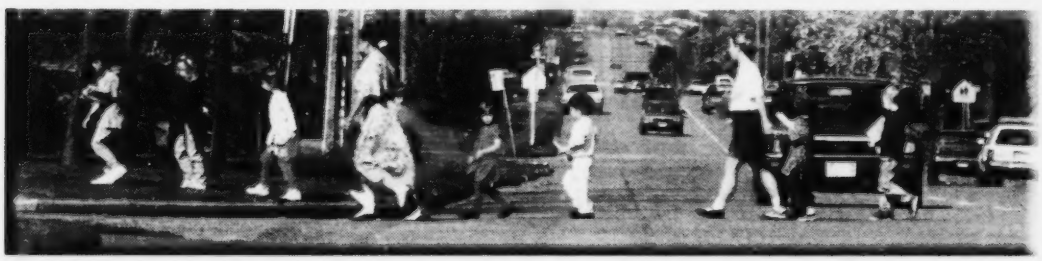
In partnership with the Canadian Mental Health Association and Human Resources Development Canada, a pilot project is providing funding for eight in-home support workers working under the direction of the community health therapists.

Prevention and early intervention programs are also being implemented to improve mental health among all Island children.

Through increased participation in **Assessment Courses**, many teachers and school counselors have upgraded their knowledge and skill level in administering and interpreting various assessment tools that are used in the public education system. The bachelor level courses focus on academic assessment tools and graduate level assessment courses emphasize psycho-educational tools.

The Prenatal Psycho-social Assessment provides a province-wide integrated system for assessing women's psycho-social health in the prenatal period. All pregnant women in PEI are to be assessed for psycho-social risk factors (e.g., smoking, stress, parenting, lack of finances, social support, family violence, and alcohol and drug use). The assessment tool, *Ask Me! Identifying Stressors for Pregnant Women* is available for use by care providers. Referral networks in each region are identified for use with this comprehensive assessment, to better respond to risk situations in a timely and integrated manner. The Prenatal Resource Directory was revised in January 2002 and new physicians in the province are provided with information about the assessment.

Movin' to Salt Lake City was an exciting new active living initiative developed by the Heart and Stroke Foundation of Prince Edward Island, Go For Green and the Active Living Alliance of Prince Edward Island with honourary chairman, Dave "Eli" MacEachern, Olympic Gold Medalist. The initiative was an incentive program designed to promote and encourage physical activity among Island school children and is the beginning of the Active Healthy Schools Initiative. Children traveled one kilometre "closer to Salt Lake City" for every minute they were physically active. The program was available to all elementary and consolidated schools in PEI – approximately 12,000 children. The goal was to have all Island school children take part in 30 minutes of physical activity per day outside of regular physical education classes.



Recent research has indicated an increase in the prevalence of childhood obesity that is linked to a lack of physical activity. Habits established in childhood carry over to adulthood; therefore, encouraging physical activity in youth enhances future health by increasing the likelihood that they will remain active as adults.

The workshop **Achieving Healthy Weights in PEI Children: The Role of Physical Activity and Nutrition** provided Islanders an opportunity to meet with other people in the fields of health, education, recreation and sport and nutrition with similar interests and goals. The sessions focused on the factors that contribute to childhood obesity and provided information on children's health behaviours and changing food patterns. Participants worked to develop a blueprint for a collaborative strategy to promote healthy weights in children in PEI.

The many partners involved, who are working together to improve the lifestyles of Island children, showed tremendous support for this initiative. The partners include PEI Active Living Alliance, Heart and Stroke Foundation of Prince Edward Island, University of Prince Edward Island, Queens Health Region, Department of Community and Cultural Affairs, Department of Health and Social Services, Department of Education and Dietitians of Canada.

Goal: All children in Prince Edward Island will be successful at learning.

Children will have opportunities to reach their potential for good physical and social development, artistic development, language, literacy, numeracy and general knowledge. Throughout their lives, they will have opportunities to learn so they can develop the skills and knowledge they need for a successful transition to adulthood.

The Measuring and Improving Kid's Environments (MIKE) program is a two-year pilot project that commenced in August 2001. Coordinators have been hired to provide information, resources, training and support to 200 staff in 29 licensed child care centres. This information and support will increase the staff's capacity to deliver inclusive, quality child care services to Island children. The MIKE pilot project is jointly managed by the Early Childhood Development Association of PEI and the Department of Health and Social Services. Project partners have implemented the MIKE pilot program to promote and support best practices of early childhood educators.

Au service de la francisation is a project developed by the Department of Education in collaboration with the *Fédération des parents de l'Î.-P.-É.* Sessions were offered to parents of pre-schoolers in each region, East Prince, West Prince and Queens, in introduction to computers and for the study of software. A software exhibition was also offered in each region to allow families to purchase French software. Kindergarten educators received a half-day of in-service.

Recommendations and lessons learned will soon be available from the three-year community/government pilot project **Little Expressions Mean a Lot**. This pilot focused on rural service delivery of speech language services to the 18-month to six-year-old population in Kings County. The project's objectives were to establish a multi-disciplinary team approach to speech and language services, and to increase public awareness and community capacity around speech language intervention. This is a partnership of the Early Childhood Development Association of PEI, Southern and Eastern Kings Health regions, Carousel Family Resource Centre, Lend a Hand Family Resource Centre, health professionals, the Laubach Literary Society and parents.

Through the **Education for Pregnant and Parenting Youth (EPPY)** program, East Prince Public Health Nursing partnered with the Department of Education and others to establish a workshop on Family Literacy for pregnant and parenting youth.

In order to promote **literacy in early school years**, grades one to three teachers received training on early literacy assessment practices and all schools with grades one to three were provided with early literacy assessment tools. Supplementary reading materials aimed at supporting struggling readers were added to these classrooms as well.

The PEI Literacy Alliance sponsored the **Summer Tutoring Program for Kids**. As a result, 22 tutors were hired through the Summer Career Placement of HRDC to provide 10 weeks of one-on-one tutoring for 600 elementary-school-age children who were identified as having reading difficulties. Other partners included the Department of Education, the Community Development Bureau, school boards and libraries.

Two one-day workshops were developed and presented by the Literacy Initiatives Secretariat to pregnant and parenting youth in both Charlottetown and Summerside. The workshop, entitled **Celebrating Our Children**, featured an asset-based model of showing the young women how to increase literacy in their everyday activities.

Parents in the Evangeline region participated in a series of **Workshops for French Families** on various topics such as reading aloud, shared reading, playing with letters and words, language is the basis, writing, using reading and writing in everyday life and helping with homework.

The Community Development Bureau, housed within the Department of Development and Technology, works closely with PEI communities to help them bring their projects to realization. One such project is the **Fort Augustus Community Heritage Park Project**. A coalition of 13 service groups (including 4-H and Allied Youth) in the Fort Augustus area created a management committee to survey the students in the schools and kindergarten about activities they would like to see happen in their community.

Families and Schools Together (FAST) is an innovative two-year prevention and parent involvement program offered by the Catholic Family Services Bureau. The program helps children between five and nine years of age who have academic or behaviour problems. FAST gives parents and their children an opportunity to spend quality time together, enjoy one another and participate more fully and comfortably in their local community. The intention is to help children to succeed.

Project L.O.V.E. (Let Older Volunteers Educate) finds older or retired volunteers to help students in school with reading and other school skills. Volunteers work with elementary school students in over half of the schools in PEI. They typically volunteer one half-day per week and work with one student at a time, or with a small group of students.

All English elementary schools in the province are now involved in the beginning implementation of **Reading Recovery**, an effective early intervention program designed to reduce the number of children with literacy difficulties in schools through a series of individual lessons taught everyday in addition to classroom instruction.

Goal: **All children in Prince Edward Island will benefit from social belonging and responsibility.**

Young children will be helped to form stable attachments to nurturing adults, including strong supportive relationships within and outside their families. All children will be encouraged to develop an understanding of the rights and responsibilities of belonging to a wider community and to understand the personal and social consequences of their choices.

There is an increased emphasis on **aboriginal education in early school curriculum**. The Grade one social studies curriculum has been re-written and now includes learning and understanding about Aboriginal people and culture in Atlantic Canada. A list of available speakers has also been developed and distributed to support Island schools in understanding Aboriginal culture and spirituality.

The Department of Education has adopted a **Special Education Policy**. The policy supports a continuum of services to assist children with special educational needs in their learning and is based on a philosophy of inclusion.

Through the Department of Education's ongoing **kindergarten curriculum development and support**, early childhood educators working in kindergarten received training on language arts and math curricula. The kindergarten consultants provided on-site support as well as group meetings for educators and owner-operators, both in English and French programs.

The **Fédération des parents de l'Île-du-Prince-Édouard** developed a guide entitled *Guide de la mise sur pied de service de garde* for establishing a francophone network of early childhood and daycare centres throughout the Island. These services were not available in any francophone region of PEI except Charlottetown.

The **Roots of Empathy** program has been introduced through trained facilitators who teach infant development and nurture the growth of empathy in students. Over a nine-month period, children have the opportunity to observe the baby's development and to witness the parent-child relationship. The facilitator visits a classroom three times per month and a baby and family accompany the facilitator during one of these visits per month. The program brings messages of tolerance and diversity. It teaches emotional literacy, fosters a culture of caring and team building in the classroom and teaches children how to read and interpret a baby's cues, to understand temperament and to take another's perspective.

The **PEI Disability Support Program** is designed to improve access to disability supports, provide assistance with disability costs, and promote equitable access outside of income support programming. One of the three main components of the program focuses on child disability supports and early intervention. Enhanced assistance for children focuses on early intervention to help in overcoming barriers and to ensure that children with disabilities participate fully in PEI society. Available in all regions across the province, the program provides personal care support, early intervention therapy and support for preschool children with Autism Spectrum Disorders.

The departments of Health and Social Services and Education have developed an **Integrated Autism Strategy** to ensure human and financial resources are directed to support individuals with Autism Spectrum Disorder (ASD) and their families in a planned and organized manner. The provincial autism therapists work with parents, the PEI Autism Society, the medical community and other partners to provide early interventions for clients with ASD.

The treatment for ASD requires integration of a number of services including medical, family, preschool programs, training of in-home workers, parents and therapists such as speech and occupational therapy. Individual treatment plans are developed based on developmental curriculum. Teaching methods adhere to the applied behavioural analysis treatment model. Treatment plans are supported by staff and parental training, an autism intervention specialist and pediatric, psychological and therapeutic support services.

More than 20 training sessions were given to school staff, administration, Canadian Union of Public Sector Employees, and parents to support their work with children with ASD. Information packets, curriculum and assessment materials are now available for borrowing by schools and families interested in learning more about ASD and effective teaching strategies.

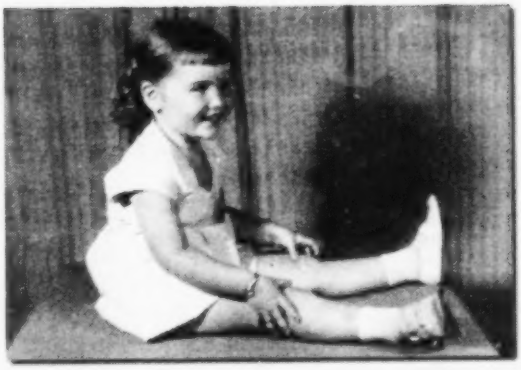
The **Positive Parenting From Two Homes** program is designed for parents who are separating or parenting from two homes and are concerned about their children getting caught in the middle of parental conflict. Some of the topics discussed at the sessions include: positive parenting, other people in children's lives, children's grief, what children need, and developmental ages and stages.

Each school year the RCMP connect with all schools in their own jurisdiction through the **RCMP School Liaison Program**. From elementary to high schools, each school is assigned a police officer who, during the year, attends classes, makes presentations and participates in school activities.

The events and initiatives described in the Highlights 2001-2002 and the Reaching Our Goals sections of this annual report are just a few examples of the many valuable activities, both formal and informal, taking place everyday for PEI children. All these activities help to improve outcomes for children.

Monitoring the Well-being of PEI Children

"The early years of life are critical in the development and future well-being of the child, establishing the foundation for competence and coping skills that will affect learning, behaviour and health." [1] But what constitutes a child's well-being?



One of the commonly used approaches to define well-being incorporates a framework comprised of five "domains" of child well-being:

- **physical health and motor development** refers to the child's general state of health and gross motor skills;
- **emotional health** refers to the child's self-esteem, coping skills and overall emotional well-being;
- **social knowledge and competence** refers to the way children behave and are able to communicate feelings and wants;
- **cognitive learning** refers to the ways in which children perceive, organize and analyse information provided by their social and physical environment; and
- **language and communication** refer to the child's ability to communicate.

As discussed in the previous sections, PEI's Healthy Child Development Strategy focuses on four specific goal areas for children – safety and security, good health, success at learning, and social engagement and responsibility. In order to determine if the strategy is reaching those goals, we must understand which components, or "domains," of child development indicate success in each of the goal areas. Once those "indicators" are identified, we must then begin to measure how children in PEI are doing on each of the indicator measures. The beginning measures will establish a baseline of information to allow monitoring of these indicators over the next number of years. The monitoring will determine whether progress is being made.

What Influences Child Well-being?

Children are shaped by the world around them, and many environments affect their development. It is generally accepted that "healthy children emerge most often from healthy families, and healthy families are in turn promoted by healthy communities." [2] Understanding the key factors that influence child development can help society make choices that build more supportive environments for children and enhance their development.

One of the basic values that has guided the work of developing a Healthy Child Development Strategy for PEI is that children are our priority, and parents are the foundation upon which the strategy will be built.

Parents have primary responsibility for their children, and all Islanders share a responsibility to support parents in that important role.

[1] First Ministers' Communiqué on Early Childhood Development, September 2000

[2] Ross, David P., Scott, Katherine and Kelly, Mark A. (1996) "Overview: Children in Canada in the 1990s" in *Growing UP in Canada – National Longitudinal Survey of Children and Youth*. HRDC/Statistics Canada.

We believe that families are one of the most important influences on children's well-being. Parents are the primary support for children and have a critical role in shaping how a child develops, both mentally and physically.

Each child is born with a particular set of characteristics inherited from their parents that can influence their well-being in all five domains. Genetic inheritance can provide protective as well as risk factors, whose impact can often be mediated by other environmental influences.

Families are shaped by the physical and community environments in which they live. Communities provide the basic infrastructure for family life including housing, education and employment. Physical surroundings can greatly affect children's health and well-being, and research is beginning to provide evidence that growing up in a community that is perceived to have higher levels of cohesion, stability and social supports will lead to healthier child development.

How Can Child Well-being Be Measured?

While all aspects of child well-being and the factors that influence well-being cannot yet be measured, great progress has been made over the past years in expanding data collection in this area. One of the most important sources for information is the research data collected by the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY), which is designed to enhance knowledge about children in Canada, and in particular young children. (See Appendix 2 for further information on the NLSCY.)

In addition to the NLSCY, there are other national sources of information on young children. In particular, the Vital Statistics registry is a valuable source of information on the physical health of young children. The Census is another source of information on young children and their families. Two postcensal surveys, the Participation and Activity Limitation Survey[3] and the children's component of the Aboriginal Peoples Survey[4] are likely to be sources for information in the future.

The PEI Reproductive Care Program collects information and reports on both mothers and infants before (prenatal) and after (postnatal) birth. Additional indicator data, such as the number of children who are being breast-fed at the time they leave the hospital, are available through this program.

Also particular to PEI is the provincial data provided by the Understanding the Early Years research program. This program, coordinated by the Early Childhood Development Association of PEI, assesses child development in all five domains of child well-being. Kindergarten teachers use the Early Development Instrument (EDI) during the middle of the kindergarten year to measure children's readiness to learn.

How Is PEI Reporting on Young Children's Development?

For a number of years, provincial, territorial and federal governments across Canada have been working together, and with communities, to improve child well-being. Governments have recognized the importance of regularly monitoring and reporting on the status of young children's well-being as a means of helping inform policy and building public awareness and understanding. In their September 2000 Communiqué on Early Childhood Development, First Ministers committed to *"make regular public reports on outcome indicators of child well-being using an agreed-upon set of common indicators ... related to the objectives established for early childhood development."*

---

[3] The first release of the Participation and Activity Limitation Survey is scheduled for December 2002.

[4] Initial release of The Aboriginal People's Survey is planned for September 2003. Phase I of the data collection was completed October to December 2001, Phase II is currently underway.

In determining which indicators to report on, governments tried to address all five of the domains of well-being in order to paint as complete a picture of child well-being as possible. Governments looked at which indicators were recognized both nationally and internationally as key indicators of child well-being, while remaining aware of what data was available at the national and provincial/territorial levels in Canada.

Considerations also included ensuring that the indicators were meaningful to the public, and would enhance knowledge of child well-being without duplicating reports that are currently being done by others (e.g. non-governmental organizations and researchers). Experts were consulted to ensure that the indicators selected were both meaningful and methodologically sound. We will also supplement this information with PEI-specific indicators, drawn from our own provincial data sources as described above.

The common indicators for reporting agreed to by provinces and territories are listed below:

1. Physical Health:
   - Pre-term Birth Rate
   - Healthy Birthweight
   - Immunization as Per Health Sector
   - Infant Mortality Rate
   - Breastfeeding

2. Safety and Security:
   - Injury Mortality Rate
   - Injury Hospitalization Rate

3. Early Development (includes social and emotional development):
   - Physical Health and Motor Development
   - Emotional Health
     - Emotional Problem/Anxiety
     - Hyperactivity
   - Social Knowledge and Competence
     - Physical Aggression, Conduct
   - Behaviour
     - Pro-social Behaviour
   - Language Skills

4. Family-related Indicators:
   - Parental Education
   - Level of Income
   - Parental Health
     - Parental Depression
     - Tobacco Use During Pregnancy
   - Family Functioning
   - Positive Parenting
   - Reading by Adult

5. Community:
   - Neighbourhood Satisfaction, Safety and Cohesion

The PEI Healthy Child Development Strategy focuses on children from the prenatal period to early school years. At this time, reliable data (collected on a regular, consistent basis) is not readily available for children in these age groups. Data is typically reported for children from birth to five years of age and for six to 12 years of age. This report provides indicators of child well-being for the birth to five-year population (unless otherwise noted).

Indicators – Premier's Council Summary

It is very encouraging to see that PEI children are faring quite well, for the most part, on par with Canadian rates. Specifically, note the following indicators presented in this report:

- The physical health of children in PEI is comparable to the health of children across Canada.
- PEI has a low incidence of low birth weight, but has a high incidence of high birth weight.
- Breastfeeding rates are lower than the national rates. However, the council does note that the prevalence of breastfeeding has been gradually improving over the last number of years, and notes the leadership provided by the PEI Breastfeeding Coalition, by the Prince County Hospital, and by family resource centres through their prenatal nutrition programs.
- PEI also demonstrates a low incidence of childhood diseases that are preventable through immunization. Council members have noted that a large percentage of children in PEI receive their immunizations, and applaud the efforts of parents and public health nurses in this area.
- PEI rates for hospitalization due to injury are similar to the national rates.
- The level of education of mothers is consistent with the national levels, but the rate for fathers without a high school diploma is higher than the national average.
- Families are functioning well and Island parents have good interactions with their children.
- A high proportion of Island children are read to daily by an adult.
- Parental depression levels are relatively low.

Physical Health

Healthy Birth Weight

The single greatest health concern during the prenatal stage of life is the prevention of low birth weight.

(National Council of Welfare, 1997)

We understand that low birth weight is associated with approximately 75 per cent of infant deaths, and is a leading underlying cause of illness in infancy and childhood.

Low birth weight can cause long-term disabilities, creating multiple needs for physiotherapy, speech therapy, specialized equipment, teaching specialists and other costly services. The Canadian Council on Children and Youth reports that the cost of caring for each low weight baby to the age of two years can reach $200,000.

It is clear that a healthy pregnancy contributes to the birth of a full-term infant, without complications, with desirable birth weights and with healthy brain development. Healthy women are more likely to deliver healthy babies. Some influences on the mother's health are environmental, such as income level, nutrition, social supports, and safety at home and in the workplace.

A low rate of low birth weight babies is a good overall sign of newborn health. Among developed countries, a low birth weight rate of less than 5.0 per cent is considered good.

(OECD Health Data 2001 CD-ROM)

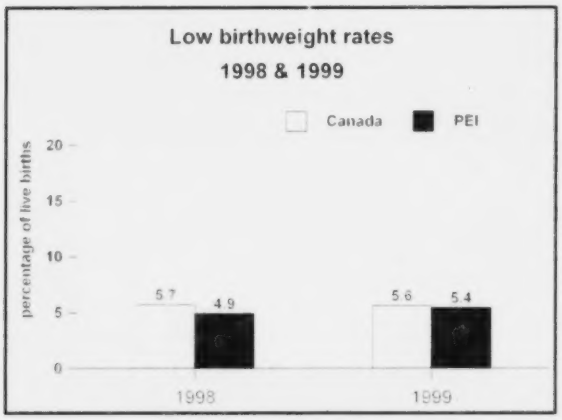
Other influences, however, are determined by lifestyle choices and include such behavioural variables as smoking, alcohol consumption, and use of prescription and non-prescription drugs. Good prenatal care is also a determinant in the birth of healthy babies, and includes components such as early and continuing assessment of the mother and fetus, health education and promotion, provision of medical, economic and psycho-social support when needed, and consistent followup.

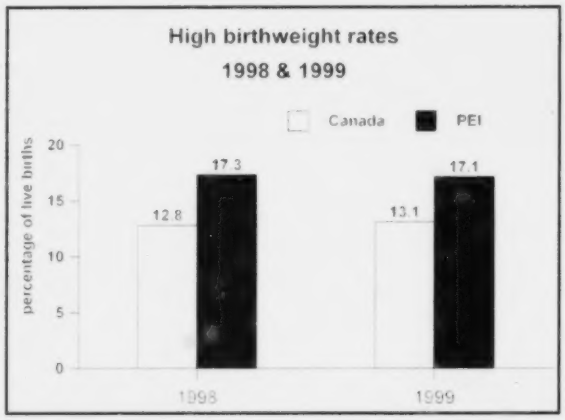
High birth weight, however, can present a different set of risks for the newborn baby. With high birth weight babies, there is a greater potential for complications for both mother and baby during delivery. For the mother, longer labour and higher risk of trauma to the birth canal are potential consequences. Increased incidence of Cesarean sections, which have a set of risk factors, has also been associated with high birth weight.

For the baby, a high birth weight means that there is a greater risk of asphyxia, depressed skull fractures, hematomas and bleeding of the head. Injuries resulting from difficult shoulder deliveries include clavicular (collar bone) fractures and paralysis of the shoulder and face. Babies born of diabetic mothers are at greater risk for the future development of hypoglycemia. High birth weight babies may have poor motor skills and have more difficulty in regulating behavioural states. They may also tend to be more difficult to arouse, have feeding difficulties and may have problems maintaining a quiet alert state.

The reasons for high birth weight babies vary. Research has established that the best known condition is maternal diabetes; however, only a very small percentage of high birth weight babies are born to diabetic mothers. Other reasons associated with high birth weight are that larger mothers tend to have larger babies and women who have already had more than one pregnancy are more prone to having a baby over nine pounds, or 4,000 grams.

For both 1998 and 1999, PEI has a low birth weight rate similar to the Canadian average. However, the high birth weight rates for PEI are above the Canadian average.





Source: Canadian Vital Statistics - Birth Database (Statistics Canada) *Exclusions*: Births with unknown birth weight; births to non-Canadian residents.
Note: For low birth weight rates, weights <500 grams are included.

Low birth weight is reported as the percentage of live births with a weight less than 2,500 grams (5 lbs, 8 oz).

The high birth weight rate is the percentage of live births with a weight greater than 4,000 grams (just under 9 lbs).

The data provided here is for 1998 and 1999 which presents the same time frame as the 1998/1999 NLSCY Cycle 3 data for many of the other child well-being indicators.

Low birth weight and high birth weight are two of the 11 common indicators and fulfil the Early Child Development communiqué reporting commitment.

Immunization

In PEI, Public Health Nurses are responsible for childhood immunizations. Children receive their immunizations at two, four, six, 12, and 15 months of age.

Childhood immunization is measured here by the incidence (rate of new cases per year) of three childhood diseases that are preventable through adequate immunization programs: invasive meningococcal disease, measles and haemophilus influenza b (Hib).

i) Incidence of Meningococcal Disease
A new generation of very effective vaccines is now available against this disease that can be given to infants as young as two months of age. The National Advisory Committee on Immunization (NACI) recommends three doses of this vaccine at two, four and six months of age for routine immunization. Most cases of this disease occur in the 0 to 19-year age group, and immunization programs generally focus on this group. There is strong potential for significant reduction in incidence over time.

PEI, like most other Canadian jurisdictions, currently does not routinely provide this immunization per the NACI recommendations. PEI does provide it for individuals at increased risk of infection due to a splenectomy or equivalent immune deficiency.

ii) Incidence of Measles
The Pan-American Health Organization has adopted the goal of measles elimination as have all provinces and territories. Two doses of measles vaccine are required for complete protection; the first dose is given at 12 months and the second dose prior to school entry, at either 18 months or four to six years of age. PEI instituted an immunization program including the second dose for measles in 1997.

iii) Haemophilus Influenzae-b (invasive) (Hib) Disease
Invasive haemophilus influenzae b was the most common cause of bacterial meningitis and a leading cause of other serious invasive infections in children prior to the introduction of Hib vaccines. Vaccine preventable cases are now rare. Four doses of the vaccine are given in combination with diphtheria, pertussis, tetanus, and polio before the age of two years. PEI started the four-dose schedule for this vaccine in 1992.

Compared to the Canadian average, PEI has a very low incidence rate of these three childhood vaccine-preventable diseases. PEI had no cases of measles, invasive meningococcal disease or Hib disease in 1998 or 1999. In fact, PEI has had no cases of measles reported for children aged five and under in the 10-year period from 1990 to 1999 and only four reported cases of invasive haemophilus influenzae b in the same time period.

Incidence rates of measles, invasive meningococcal disease and invasive Hib disease, 1998 & 1999, per 100,000 children five years and under.

		1998	1999
Measles	Canada	0.3	0.5
	PEI	0	0
Invasive meningococcal disease	Canada	0.4	0.5
	PEI	0	0
Invasive Hib disease	Canada	0.8	0.8
	PEI	0	0

Source: Division of Immunization and Respiratory Diseases, Health Canada

The incidence of invasive meningococcal disease is reported as the rate of new cases by year per 100,000 children five years and under.

The incidence of measles is reported as the rate of new cases reported by year per 100,000 children five years and under.

The incidence of Hib disease is reported as the rate of new cases reported by year per 100,000 children five years and under.

Immunization is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Childhood Development communiqué reporting requirement.

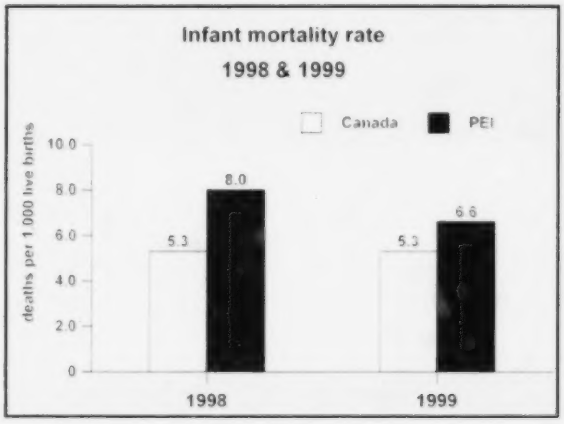
Infant Mortality

The infant mortality rate is a long-established measure of child health as well as the well-being of a society. It reflects the effectiveness of medical care, preventive care and the attention paid to maternal and child health, as well as broader social factors such as maternal education, smoking and deprivation. Low birth weight in Canada is the principal cause of infant mortality. Among developed countries, an infant mortality rate of less than four per 1,000 is considered exceptionally good. Only Japan and Iceland had achieved such low rates by 1996.

Infant mortality is reported as the number of infants who die in the first year of life per 1,000 live births.

In 1998 and 1999, PEI had infant mortality rates that were somewhat higher than the Canadian average. This does not indicate a "problem," nor is it reflective of a long-term trend. PEI's small sample size means that an increase or decrease of a few cases can appear as large fluctuations from year to year above or below the national average and thus should be interpreted with caution.

PEI's six-year average rate (1994 to 1999) of 5.7 per 1,000 was the same as the Canadian six-year average. Also, over the two previous decades to 1999, both the PEI and the national rates decreased considerably.



Source: Canadian Vital Statistics - Birth Database (Statistics Canada).
Exclusions: Births with unknown gestational age and gestational age less than 20 weeks; births to non-Canadian residents.

The data provided here is for 1998 and 1999 and presents the same time frame as the 1998/1999 NLSCY Cycle 3 data for many of the other child well-being indicators.

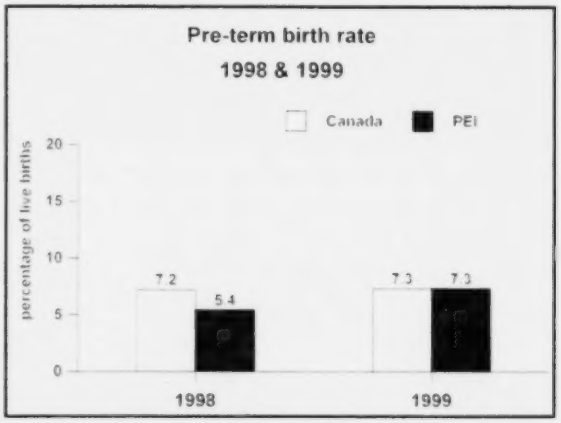
Infant mortality is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.

Pre-term Birth Rate

Pre-term or premature births result when a baby is born before it is full-term. Pre-term births can result in respiratory problems for the infant, various infections and neurodevelopmental handicaps for the baby. Between 75 and 85 per cent of all prenatal mortality in Canada is a result of pre-term births.

The pre-term birth rate for PEI is similar to the Canadian average.

The pre-term birth rate is the percentage of live births with a gestational age at birth of less than 37 completed weeks (less than 259 days).



Source: Canadian Vital Statistics - Mortality, Summary List of Causes (Statistics Canada).
Exclusions: Births to non-Canadian residents.

Breastfeeding

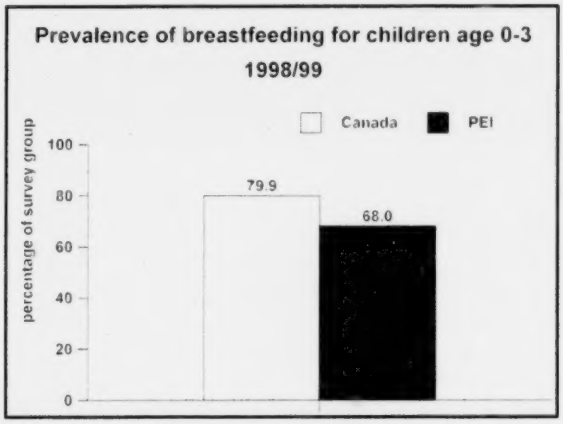
Breastfeeding is an ideal source of nutrition for babies. Breast milk contains immunoglobulins and antibodies that fight infection and as a result, breastfed babies have less childhood illnesses such as respiratory infections, asthma, eczema, and food allergies. Breast milk protects babies from gastrointestinal and respiratory infections and middle ear infections (otitis media).

For mothers, breastfeeding is associated with reduced risk of postpartum bleeding, improved postpartum bone remineralization and a reduced risk of ovarian cancer. The act of breastfeeding itself encourages maternal-infant attachment and bonding which is important to the future relationship between mother and child.

The Canadian Pediatric Society, Dieticians of Canada and Health Canada recommend exclusive breastfeeding for at least the first four months of life and continuing breastfeeding and complementary foods for up to two years of age and beyond.[5]

A. Prevalence of Breastfeeding

In 1998-1999, the prevalence of breastfeeding reported for PEI was below the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

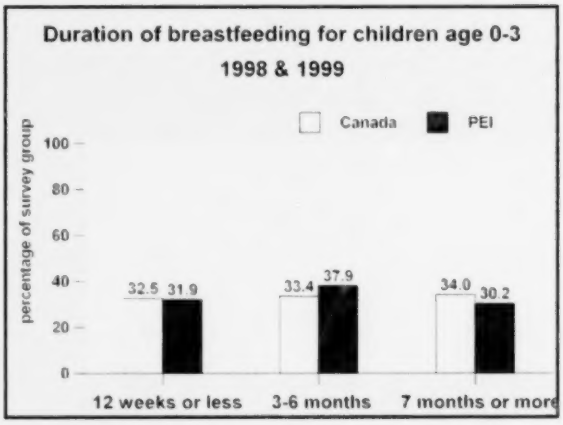
The prevalence of breastfeeding is measured as the proportion of children from birth to age three who have ever been breastfed.

[5]Canadian Pediatric Society, Dieticians of Canada and Health Canada. Nutrition for Healthy Term Infants. Minister of Public Works and Government Services, Ottawa, 1998.

B. Duration of Breastfeeding

The World Health Organization and the Breastfeeding Committee of Canada recommends that breastfeeding six months or more is optimal. The rates of duration of breastfeeding reported for PEI are similar to the national rates. However, approximately only one-third breastfeed more than six months.

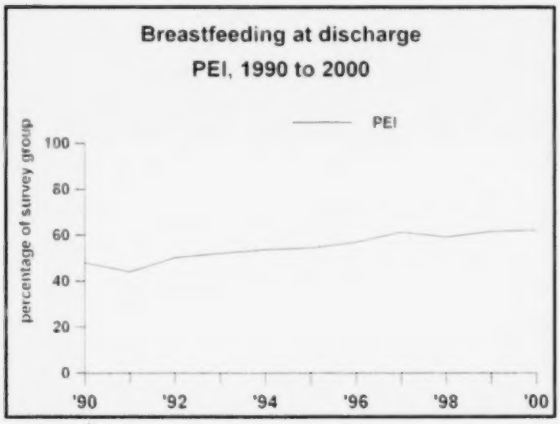
Duration of breastfeeding indicates the length of time that children from birth to age three were breastfed.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

C. Breastfeeding at Discharge

Despite the lower rates of prevalence in breastfeeding in PEI, there has been a steady improvement in the rate. The time trend graph shows that since 1990, there has been a steady increase in the number of new mothers who breastfeed.



Source: PEI Reproductive Care Program

Safety and Security

Each year, injuries kill more children and youth over the age of one year than all other causes combined. For every injury-related death, there are 45 hospital admissions and an estimated 1,300 visits to emergency rooms across the country. Yet, it is estimated that more than 90 per cent of these injuries are predictable and preventable.

Health Canada reports that injuries from childhood falls cost Canadians $630 million every year. These are falls that can be prevented by redesigning the structure of playgrounds, targeting hazards in the home and by simply teaching children how to fall. If these types of prevention strategies reduce the incidence of falls by 20 per cent for children from birth to nine years of age, there would be 1,500 fewer hospitalizations, 13,000 less non-hospitalized injuries, and 54 fewer injuries leading to permanent disability. The net savings could total more than $126 million every year.

Injury rates, for children from birth to five years, that result in death or hospitalization are reported here as indicators of child safety and security. There are six types of injury: motor vehicle traffic crash (MVTC), falls, other unintentional injury, self-inflicted injury, assault and other injury not included in these categories.

In the area of safety and security, we are reporting on **injury mortality rates** and **injury hospitalization rates.**

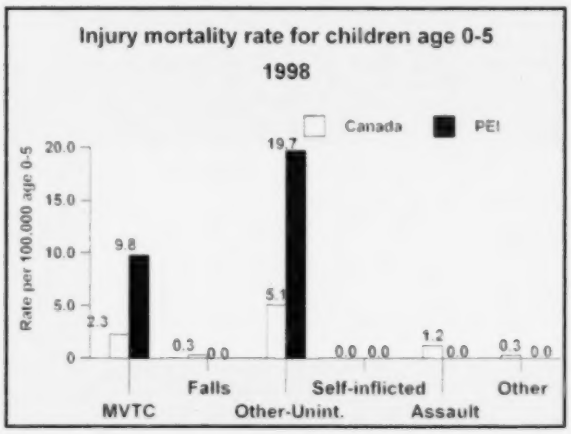
A. Injury Mortality Rate

The injury mortality rates for PEI tend to be similar to the national rates. The exceptions are in 1998 when the motor vehicle traffic crashes (MVTC) and other unintentional injuries were well above the national rate.

When interpreting these results, it is important to note that because PEI has a very small population, the sample size for this indicator is very small. As a result, even small numbers of cases can cause the relatively large fluctuations/variations in the rates of reported data from year to year. For example, the 1998 MVTC rate of 9.8 per 100,000 is the result of one death and the 19.7 rate for other unintentional is a result of two deaths.

Injury mortality rate is the proportion of children aged 0-5 years who die as a result of an injury.

Injury mortality is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.



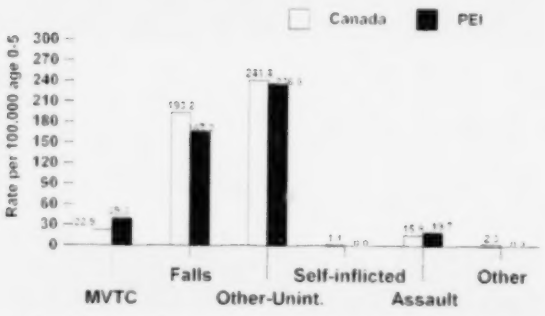
Source: Canadian Vital Statistics - Mortality Database (Statistics Canada).
Exclusions: Non-Canadian residents.

B. Injury Hospitalization Rate

The injury hospitalization rates tend to be similar to the national rates and there is not much variation from 1998 to 1999. It appears that falls and other unintentional injuries are the most common causes of hospitalization due to injuries for children from birth to five years of age in Canada and in PEI.

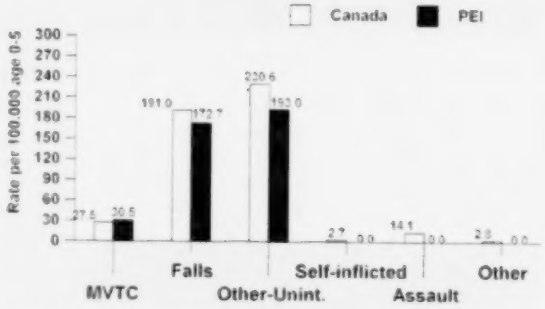
Injury hospitalization rate for children age 0-5

1998/99



Injury hospitalization rate for children age 0-5

1999/00



Source: This data is managed by Canadian Institute for Health Information (CIHI) - hospital records. However, it remains the property of the respective hospital.

Injury hospitalization rate is the proportion of children from birth to five years of age who are hospitalized for treatment of injuries.

Early Development

The six indicators that follow provide some information on a variety of factors that reveal how developed a child is physically, emotionally, behaviourally and cognitively. Data from the NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) is reported. The NLSCY data was collected in two ways: by direct assessment of the child and by surveying the Person Most Knowledgeable (PMK) which was usually the child's parent or guardian.

Following this report on NLSCY data is a report on the findings from the research conducted in PEI using the Early Development Instrument (EDI) which reports on "readiness to learn" measures of five year olds a few months after entering a kindergarten program. The data is reported to provide additional early development information and is not meant to be compared with the NLSCY measures.

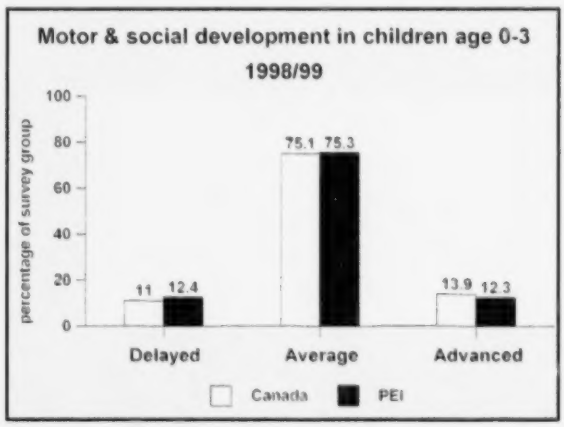
A. Physical Health and Motor Development

i) Motor and Social Development

In the NLSCY, the Motor and Social Development scale consists of a set of 15 questions that measure dimensions of the motor, social and cognitive development of young children from birth through three years old; the questions vary by age of the child. The questions focused on motor skills, such as the ability of an infant to follow the movement of an object with his/her eyes or to sit up by him/herself. On the social development side, a question for an infant was, "Has he/she ever smiled at someone when that person talked to or smiled at him/her?" For a child closer to three years old, a question was, "Has he/she ever dressed him/herself without any help except for tying shoes?"

Motor and social development from the NLSCY is reported as the percentage of children from birth to three years of age who have delayed, average or advanced levels of development in these areas.

Summary: The vast majority of Island children from birth to three years of age had an average level of motor and social development. 12.4 per cent had delayed development. These results were similar to the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

The NLSCY questions are asked to the person most knowledgeable (PMK) of the child.

Motor and social development is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.

B. Emotional Health

Behaviour scales examined in the NLSCY are **emotional problems/anxiety, hyperactivity-inattention**, and **physical aggression/conduct disorder**. The purpose of the behaviour scales is to assess the extent of the presence/absence of certain aspects of a child's behaviour.

Emotional health indicators provide information on the rates of children aged two to five who exhibit these behaviours. Data was collected through the NLSCY survey, Cycle 3 (1998-1999) by surveying the person most knowledgeable (PMK) who was usually the child's parent or guardian.

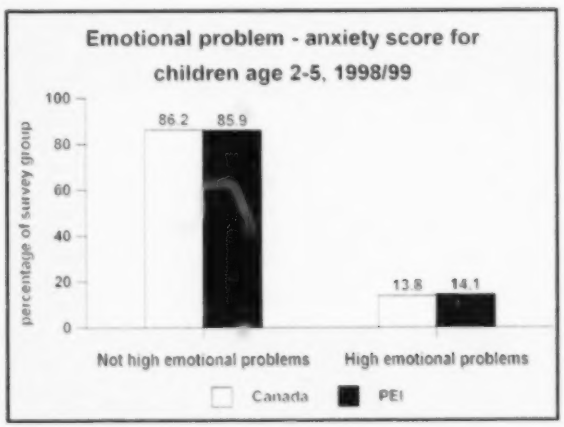
i) Emotional Problems/Anxiety

To measure emotional problems and/or anxiety, the PMK was asked how often the child seemed to be unhappy or depressed, worried, too fearful, nervous, or had trouble enjoying him/herself.

Emotional problems and/or anxiety measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged two to five who have "not high" or "high" levels of emotional problems and/or anxiety.

Summary: 14.1 per cent of Island children aged two to five years exhibited high levels of emotional problems and/or anxiety, similar to the Canadian average of 13.8 per cent.

Emotional problems/anxiety is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

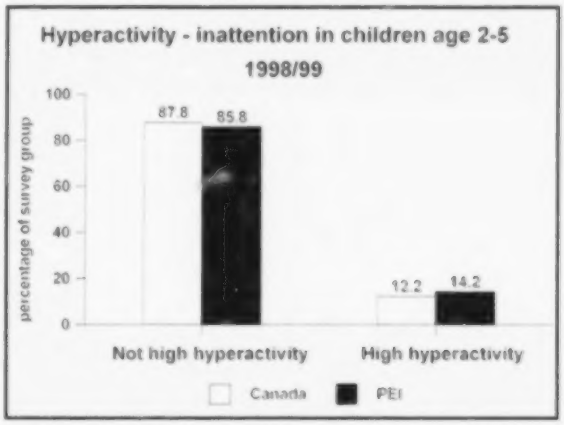
ii) Hyperactivity – Inattention

To measure hyperactivity-inattention, the PMK was asked how often the child was restless, distractible, impulsive, could not concentrate, sit still or stick to any activity.

Hyperactivity-inattention measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged two to five who have "not high" or "high" levels of hyperactivity and/or inattention.

Summary: 14.2 per cent of Island children aged two to five years exhibited high levels of hyperactivity and/or inattention, similar to the Canadian average of 12.2 per cent.

Hyperactivity-inattention is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

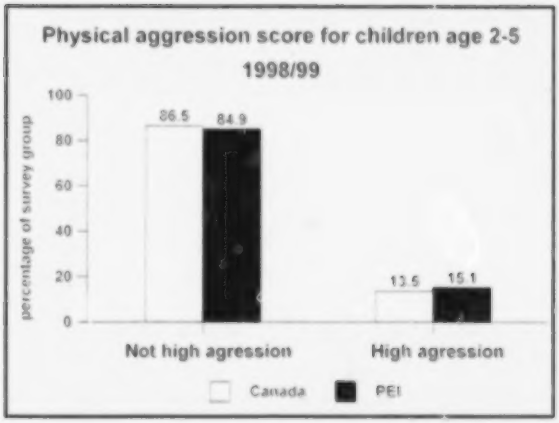
iii) Physical Aggression/Conduct Disorder

To measure physical aggression and conduct disorder, the PMK was asked how often the child is defiant, has difficulty awaiting a turn in games or groups, has angry moods, kicks, bites or hits other children, and if punishment doesn't change his/her behaviour.

Physical aggression/conduct disorder measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged two to five years who exhibited "not high" or "high" levels of physical aggression, opposition and/or conduct disorder.

Summary: 15.1 per cent of Island children aged two to five years exhibited high levels of physical aggression, opposition and/or conduct disorder, similar to the Canadian average of 13.5 per cent.

Physical aggression/conduct disorder is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

C. Social Knowledge and Competence

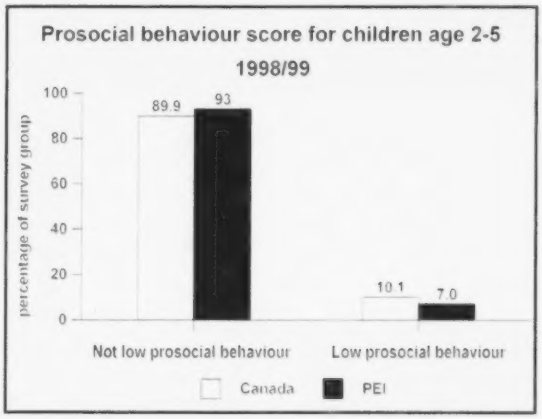
Social knowledge and competence indicators provide information on the rates of children aged two to five who exhibit prosocial behaviour. Data was collected through the NLSCY survey, Cycle 3 (1998-1999) by surveying the person most knowledgeable (PMK) who was usually the child's parent or guardian and do not represent professionally diagnosed problem behaviours.

i) Prosocial Behaviour

To measure prosocial behaviour, the PMK was asked how often the child will help another child who is hurt, sick, having difficulty with a task, or comfort a child who is crying/upset.

Prosocial behaviour measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged two to five years who have "not low" or "low" levels of prosocial behaviours.

Summary: Seven per cent of Island children aged two to five years exhibited low levels of prosocial behaviour, below the Canadian average of 10.1 per cent.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

Prosocial behaviour is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.

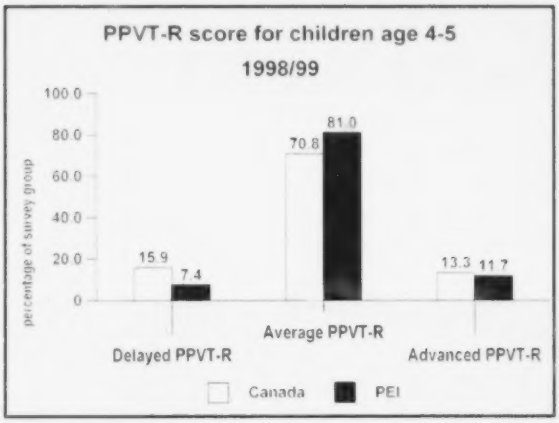
D. Language Skills

Cognitive learning and communication indicators provide information on receptive and hearing vocabulary skills for children aged four and five years. Data was collected through the NLSCY, Cycle 3 (1998-1999) by directly assessing children using the Peabody Picture and Vocabulary Test – Revised (PPVT-R). The purpose of this test was to measure school readiness of the child.

The Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) measures an individual's receptive vocabulary ability. It measures one facet of general intelligence: vocabulary. During this test, the examiner states a word and the child is shown a page with four line drawings. The examiner asks the child to point to the picture that matches the word.

Language skills measures from the NLSCY are reported as a percentage of children aged four and five years who had delayed, average and advanced receptive or hearing vocabulary skills per their score on the (PPVT-R).

Summary: The vast majority of Island children aged four and five years had average receptive or hearing vocabulary skills. 7.4 per cent were delayed, which is below the Canadian average of 15.9 per cent.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children age 4-5 for whom the PMK did not provide consent for the PPVT-R to be administered, children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

Language skills is one of the 11 common indicators and fulfills the Early Child Development communiqué reporting commitment.

Readiness to learn – PEI results from the Early Development Instrument survey

In addition to the NLSCY developmental information provided in this Early Development section, findings from the Early Development Instrument (EDI) survey provide information on how "ready" five-year-old children were to learn at school, i.e., their ability to meet the task demands of school, such as being cooperative, sitting quietly and listening to the teacher, and to benefit from the educational activities that are provided at school. The best time to measure this is when the children are in kindergarten, the beginning of their school experience. The five EDI scales are: physical health and well-being; social competence; emotional health and maturity; language and cognitive development; and communication skills and general knowledge.

In 2000, the EDI was conducted as part of the Understanding the Early Years (UEY) study. The purpose was to collect developmental information, or "readiness to learn" measures on five year olds a few months after entering a kindergarten program. PEI was one of five UEY sites that conducted the EDI and is the only UEY site that has done this research on a province-wide scale. In PEI, the EDI was completed for 1,287 children. Across the five UEY sites, approximately 6,900 junior and senior kindergarten children were included in the EDI. The EDI survey was completed by kindergarten teachers who assessed each child's readiness to learn.

While some of the measures appear to be similar to the NLSCY indicators, note that the survey methods, age groups and year of data collection are different; therefore, the results from the NLSCY and from the EDI should not be compared.

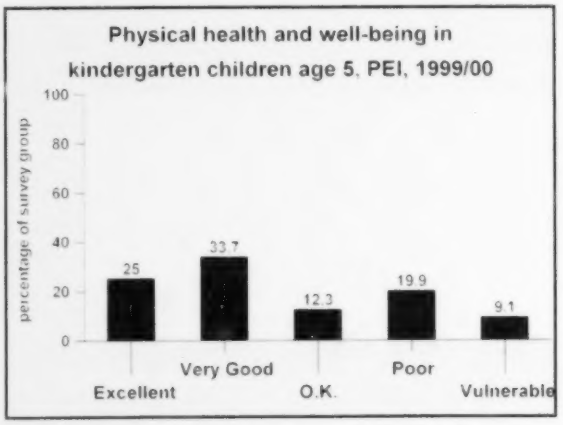
The EDI data is being reported here because it provides further information on the early development status of Island children by means of a province-wide survey that will be conducted in subsequent years for ongoing comparison.

A. Physical Health and Well-being

In PEI, the Early Development Instrument (EDI) survey was completed by kindergarten teachers to measure the physical health and well-being of their students. This was done as part of the Understanding the Early Years (UEY) study carried out in five sites across Canada. The characteristics measured were the child's motor skills, energy levels, fatigue, and clumsiness. For example, questions on the EDI included, "Is this child well coordinated?" or "How often is the child too tired to do school work?"

Summary: Almost 60 per cent of Island children in the EDI survey rated as very good or excellent with respect to their health and well-being.

The average health and well-being score for PEI (scores for children with special needs were not included in this average) was 8.9 out of a possible 10, which was the same average score for the five UEY sites across Canada.



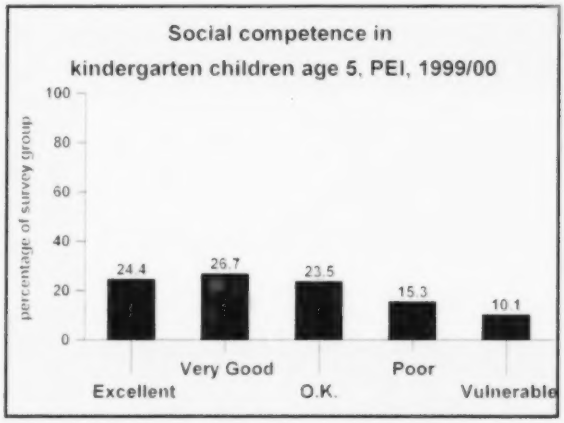
Source: Henry Gallant, S. (2001) *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.
These rates exclude the scores for children with documented special needs.
These rates include the scores of Francophone kindergarten children.

B. Social Competence

In PEI, the Early Development Instrument (EDI) survey was completed by kindergarten teachers to measure the social competence of their students. This was done as part of the Understanding the Early Years (UEY) study carried out in five sites across Canada. Social competence measures self-confidence and tolerance, and identifies the child's ability to get along with other children, accept responsibility for his/her own actions, and work independently. For example, a question on the EDI was, "Would you say that this child follows instructions?"

Summary: The distribution of Island children across the social competence ratings was quite even. Approximately 75 per cent of Island kindergarten children surveyed had OK to excellent social competence, while 25 per cent rated poorly or were identified as vulnerable.

The average social competence score for PEI (scores for children with special needs were not included in this average) was 8.4 out of a possible 10, which was the same average score for the five UEY sites across Canada.



Source: Henry Gallant, S. (2001) *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.
These rates exclude the scores for children with documented special needs.
These rates include the scores for Francophone kindergarten children.

C. Emotional Health and Maturity

In PEI, the Early Development Instrument (EDI) survey was completed by kindergarten teachers to measure the emotional health and maturity of their students. This was done as part of the Understanding the Early Years (UEY) study carried out in five sites across Canada. Emotional health and maturity measures a child's general emotional health and maturity, and identifies minor problems with aggression, restlessness, distractibility or inattentiveness, or excessive sadness on a regular basis. For example, a question on the EDI was, "Would you say that this child is upset when left by a caregiver?"

Summary: Three-quarters of Island children in the EDI survey rated OK or above with respect to their emotional health and maturity. Close to 25 per cent are doing poorly or are vulnerable.

The average emotional health and maturity score for PEI (scores for children with special needs were not included in this average) was eight out of a possible 10, which was similar to the average score of 7.9 for the five UEY sites across Canada.

Emotional health and maturity in kindergarten children age 5, PEI, 1999/00

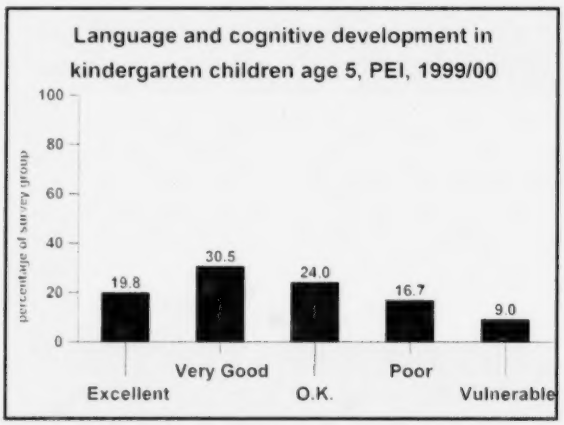
Source: Henry Gallant, S. (2001) *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.
These rates exclude the scores for children with documented special needs.
These rates include the scores of Francophone kindergarten children.

D. Language and Cognitive Development

In PEI, the Early Development Instrument (EDI) survey was completed by kindergarten teachers to measure the language and cognitive development of their students. This was done as part of the Understanding the Early Years (UEY) study carried out in five sites across Canada. Language and cognitive development measures mastery of the basics of reading and writing, interest in books, and numerical skills (e.g., recognizing numbers, counting). For example, teachers were asked to comment on the child's use of language to communicate, his/her interest in books and his/her abilities related to reading and writing.

Summary: Three-quarters of Island children in the EDI survey rated OK or above with respect to their language and cognitive development. Almost 25 per cent are doing poorly or are vulnerable.

The average language and cognitive development score for PEI (scores for children with special needs were not included in this average) was 8.2 out of a possible 10, which was similar to the average score of 7.9 of the five UEY sites across Canada.



Source: Henry Gallant, S. (2001) *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000.* Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.
These rates exclude the scores for children with documented special needs.
These rates include the scores of Francophone kindergarten children.

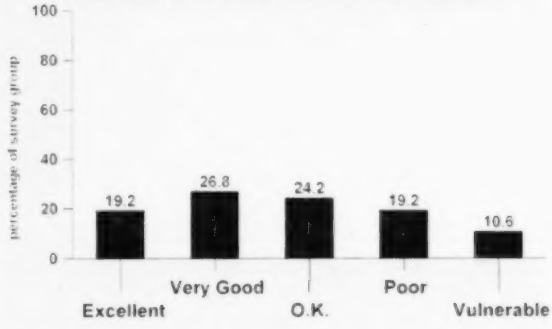
E. Communication and General Knowledge

In PEI, the Early Development Instrument (EDI) survey was completed by kindergarten teachers to measure the communication skills and general knowledge of their students. This was done as part of the Understanding the Early Years (UEY) study carried out in five sites across Canada. Communication skills and general knowledge measures the child's general knowledge and his/her ability to articulate clearly, and to understand and communicate. For example, teachers were asked, "how would you rate this child's ability to communicate his/her own needs in a way understandable to adults and peers, or how would you rate this child's ability to understand on first try what is being said to him/her?"

Summary: The distribution of Island children in the survey across the communication skills and general knowledge ratings showed that approximately 70 per cent had good to excellent social competence. Almost 30 per cent rated poorly or were identified as vulnerable.

The average social competence score for PEI (scores for children with special needs were not included in this average) was 8.4 out of a possible 10, which was similar to the average score of 7.8 for the five UEY sites across Canada.

Communication skills and general knowledge in kindergarten children age 5, PEI, 1999/00



Source: Henry Gallant, S. (2001) *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.
These rates exclude the scores for children with documented special needs.
These rates include the scores of Francophone kindergarten children.

Family-related Indicators

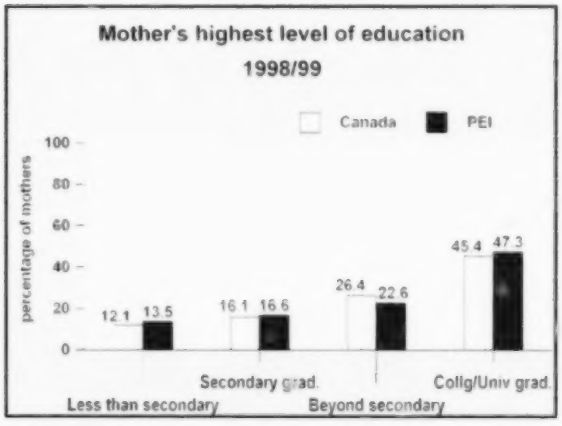
Family-related indicators refer to those measures that reflect various aspects of parental health and behaviour. The health and behaviour of parents or guardians can exert a tremendous influence on the child's own health and well-being. There are seven family-related indicators reported here: parental education, reading by adult, level of income, parental depression, tobacco use during pregnancy, family functioning and positive parenting. All of the data for the measures reported, except level of income, was gathered through the NLSCY survey.

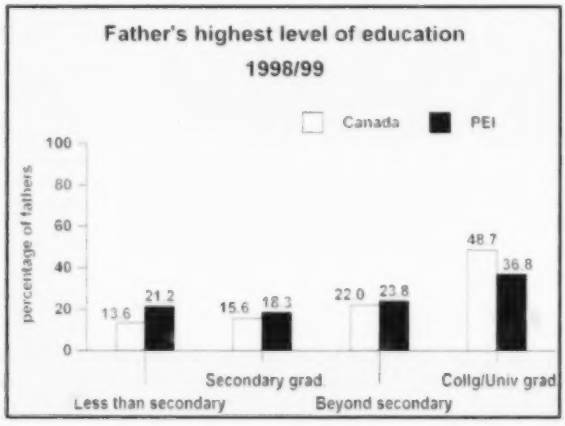
It is important to note that the information collected through the NLSCY is self reported. In other words, the information is subjective based on the parents' and guardians' responses. For example, the information collected on parental depression does not reflect a clinical diagnosis of depression, but only the responses reported from the individuals interviewed themselves.

A. Parental Education

Parental education levels can impact children's outcomes. Research indicates that a maternal education level is a factor influencing breastfeeding decisions – the higher the level of education, the greater likelihood of breastfeeding. Education levels can also impact employment opportunities available to the parents, which in turn influences income levels. Higher-educated parents may also place a higher importance on education for their children.

The level of education rates for PEI mothers of children five years of age and younger was similar to that of the Canadian average in 1998-1999, with almost half having graduated from a college or university program. The education level for Island fathers was lower than the Canadian average with respect to more Island fathers not completing high school and less Island fathers graduating from college or university.





Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children whose PMK (or spouse of the PMK) is not a biological, step, adoptive or foster father; children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

i) Mother's highest level of education is defined as the highest level of education attained by the mother of children from birth to five years of age.

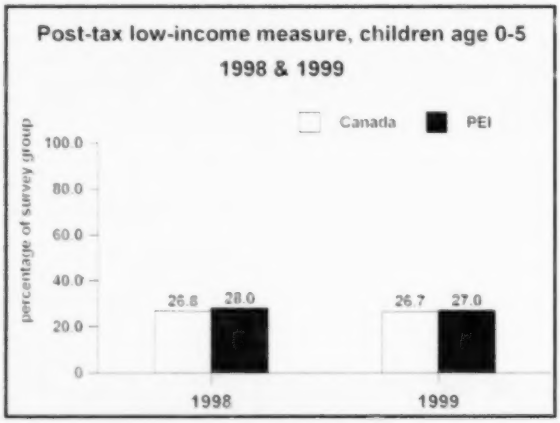
ii) Father's highest level of education is defined as the highest level of education attained by the father of children from birth to five years of age.

B. Level of Income

Income levels have a strong influence on the decisions parents are able to make for their children. Parents may struggle to provide nutritious meals or warm clothing for their children. Low income levels may impact the ability of parents to care for their children if they are struggling to cope with their economic situation.

Low income has been linked to an increased risk for low birth weights, an increased risk for boys to injury, an increased likelihood of parental depression and a decreased likelihood of breastfeeding. Children in low-income families are also less likely to be involved in organized recreational activities.

For both 1998 and 1999, more than one-quarter of Island children five years of age and under were living below the low income measure. These rates are similar to the Canadian average.



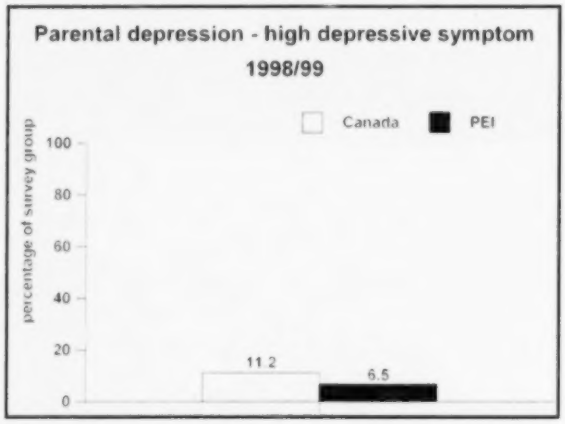
Source: (Statistics Canada - Longitudinal Administrative Databank (LAD).
Exclusions: Non-taxfilers.

This indicator reflects the proportion of children five years of age and under living below the post-tax low-income measure (LIM). Post-tax LIM is a relative measure based on the median income in Canada. The LIM is equal to half or less of the median after-tax income (the total income after tax deductions at which half of families fall above and half of families fall below) adjusted for family size (number of adults and children). The LIM does not reflect geographic differences in living costs across Canada.

C. Parental Health – Depression

Parental depression has been identified as a risk factor for children's outcomes as depression impacts the parents' ability to provide for the well-being of their children. A parent's ability to interact with or participate in learning activities with his or her child can be limited by depression. Children living with a depressed parent are more likely to have social, emotional or behavioural difficulties.

It appears that a low number of Island children five years of age and under live with a parent that exhibits high symptoms of depression. The rate for PEI was almost half that of the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

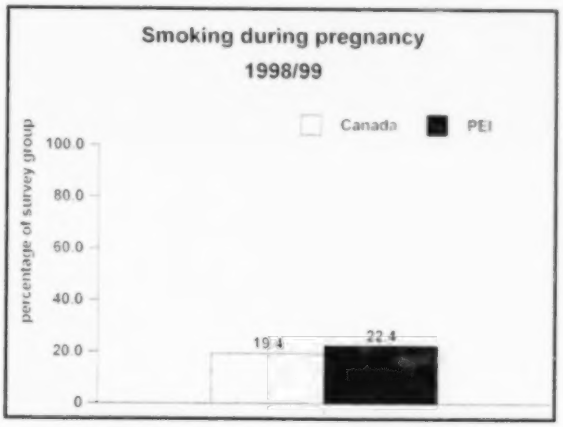
Parental depression data is gathered from the NLSCY. The depression scale in the NLSCY represents a condensed version of the Depression Rating Scale (CES-D). This scale measures the occurrence and severity of symptoms associated with depression in the public at large and does not represent the occurrence of clinically diagnosed depression.

This indicator reflects the proportion of children aged 0-5 years whose Person Most Knowledgeable (PMK) exhibits high symptoms of depression.

D. Parental Health – Tobacco Use During Pregnancy

Maternal smoking during pregnancy is a major risk factor for low birth weight babies, both in terms of having a small baby delivered at full term and of having a premature birth.

In 1998-1999, more than one in five Island children under one year of age were born to mothers who smoked during pregnancy. This rate is similar to the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children age 2-5; children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

Smoking during pregnancy reflects the proportion of children aged 0 to 1 years whose mother smoked during her pregnancy with the child.

Data was collected through the NLSCY survey from the person most knowledgeable (PMK) about the child if he/she was 0 to 1 years old.

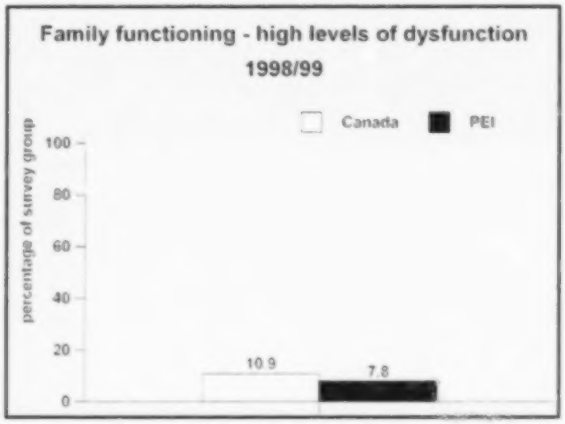
E. Family Functioning

Family functioning refers to the quality of relationships between family members. To collect data on family functioning, a parent (or the person most knowledgeable about the child) was asked questions such as, "Are you able to talk about your feelings with another family member?"

Data collected through the NLSCY indicates that children living in families with high levels of dysfunction have a 40 per cent greater chance of having behavioural difficulties than children living in homes with average functioning. Children from poorly functioning families may also have poor relationships with their peers.

This indicator reflects the proportion of children five years of age and under living in families with high levels of dysfunction.

Almost eight per cent of Island families have been reported as having a high level of dysfunction. This rate is below the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

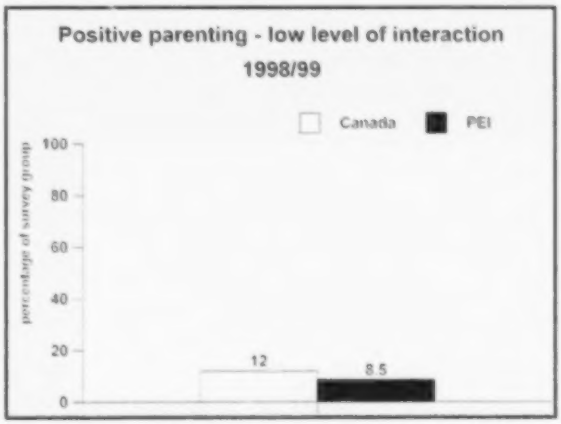
Family functioning data was gathered from the NLSCY survey using the family functioning scale, which provided a global assessment of family functioning around things such as problem-solving, communication, roles, affective involvement, affective responsiveness and behaviour control. Overall, it indicates the quality of relationships between family members. The scale does not reflect clinical diagnoses.

F. Positive Parenting

The NLSCY measures positive parenting by looking at **positive interactions** between parent and child. Positive interactions influence the child's success in future life. Parents were asked questions such as "How often do you praise your child?", "How often do you talk and play with your child?" and "How often do you laugh together?"

High scores indicate a high degree of positive interaction. The chart to the right reflects the proportion of children five years and under whose parents scored low in the positive interaction measure.

Of Island children aged five years and under, 8.5 per cent experience a low level of interaction with their parent. The rate for PEI was below the national rate.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

Positive parenting is the proportion of children whose parents or person most knowledgeable scored low on the positive parenting measurement.

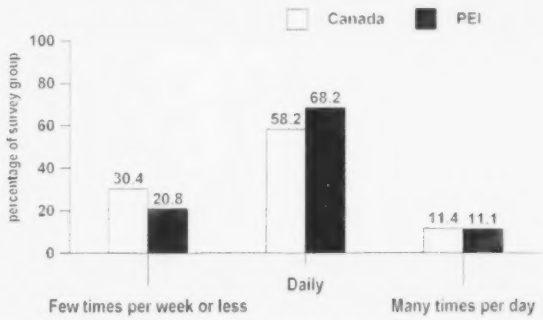
G. Reading by Adult

A child's experience in the preschool years sets the foundation for supporting future literacy development. Attitudes toward books and reading can be established at a very young age. Young children need many opportunities to interact in positive ways with parents and other role models.

Reading by adult refers to the exposure of the child to reading activities with a parent or another adult (and therefore should not be interpreted to refer specifically to parent-child interactions).

Almost 70 per cent of Island children aged two to five are read to or are able to read to an adult on a daily basis. This rate is above the Canadian average. Approximately only one in 10 children are read to multiple times in a day for both PEI and across Canada. One in five Island children are read to only a few times per week and this rate is below the national rate.

How often adult reads to child or listens to child read, age 2-5, 1998/99



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children age 0-1, children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

Reading by adult measures how often the child aged two to five is read to by an adult or how often an adult listens to the child read.

Community-related Indicators

This section focuses on the neighbourhood as not only a geographical unit, but as a dynamic environment that exerts many influences upon its residents, particularly children. There are many factors within a neighbourhood that can impact on a child's health and well-being. Neighbourhood influences can be socio-economic as in the rate of lone-parent families or levels of financial support, physical as in cleanliness or the conditions of buildings, or psychological as in the cohesiveness of those living in the community or the sense of safety a child feels in the community.

A. Neighbourhood Satisfaction, Safety and Cohesion

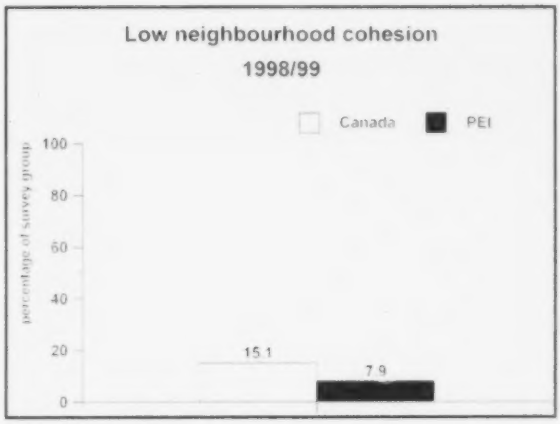
Information from the NLSCY on neighbourhood cohesion is presented below as well as two indicators specific to PEI on socio-economic risks and physical conditions in PEI neighbourhoods.

i) Neighbourhood cohesion

Neighbourhood cohesion data was gathered from the NLSCY survey using the neighbourhood scale to assess the extent of the presence/absence of certain neighbourhood characteristics. An example would be the feelings expressed by a parent about the social unity/cohesion of the child's neighbourhood.

This indicator reflects the proportion of children aged five and under whose neighbourhoods exhibit lower levels of cohesion.

Summary: The sense of low neighbourhood cohesion expressed by Island parents on the NLSCY survey is almost half the rate of that expressed in the Canadian average.



Source: NLSCY, Master File (Statistics Canada), Cycle 3 (1998/99), Parent Questionnaire.
Exclusions: Children living in the Territories; children living on reserve; children living in institutions.

As part of the Understanding the Early Years research project that was conducted in PEI in 2000, a Community Mapping Study was carried out. This study gathered information about the physical and socio-economic characteristics of neighbourhoods where children aged six and under lived.

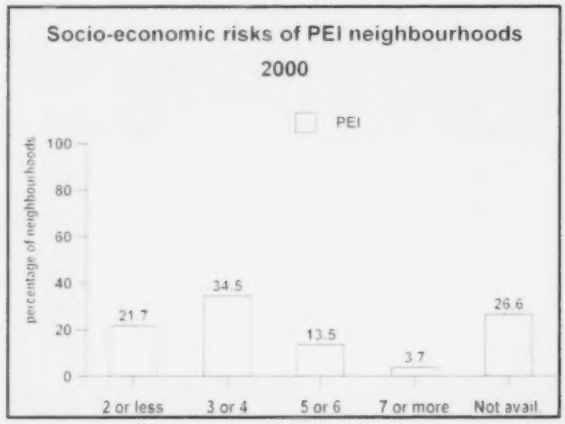
Neighbourhoods were defined based on the boundaries of Enumeration Areas (EAs). There are 267 EAs in PEI.

ii) Socio-economic risks of PEI neighbourhoods

A social index was created using the data from nine variables: unemployment rate, individual poverty rate, population aged 15 and over without high school diploma, proportion of lone-parent families, proportion of population speaking neither official language, rate of recent immigrants, annual mobility (transience), home ownership, and proportion of the total income in the neighbourhood received through government transfer payments.

This indicator reflects the number of risks associated in each neighbourhood. For 71 of the 267 neighbourhoods, inadequate data made it impossible to calculate a level of risk.

Summary: 56.2 per cent of neighbourhoods had four risks or less associated with it. Approximately 75 per cent of Island children aged six and under lived in these neighbourhoods. However, approximately one-quarter of children lived in the higher-risk neighbourhoods. These neighbourhoods tended to be in the urban areas of Charlottetown and Summerside with some scattered across the rural areas of the Island. Those neighbourhoods with seven or more risks were all located in Charlottetown or Summerside. No areas of PEI scored eight or nine risks.



Source: *Understanding the Early Years - Community Research in Child Development: Results of the Community Mapping Study on Prince Edward Island*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.

iii) Physical rating of PEI neighbourhoods

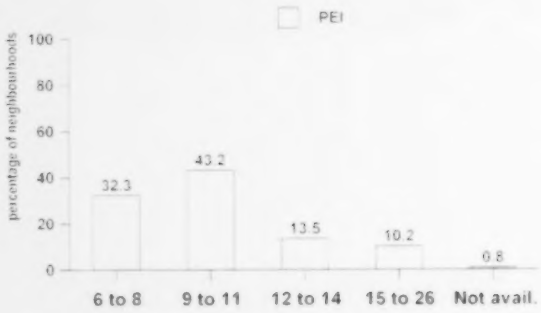
A neighbourhood observation instrument was developed for researchers to collect data on several physical/environmental variables: traffic patterns, type of neighbourhood (rural, small town, urban), condition of buildings and roads, lighting, noise, overall safety, litter and the presence and condition of parks and playgrounds.

This data was put together to give an overall rating out of a possible 26 of the physical condition of each neighbourhood. The lower the score, the better the condition of the neighbourhood.

Summary: The vast majority of neighbourhoods scored relatively well on the quality of their physical conditions. It should be noted that no area of the Island scored higher than 20. There were areas throughout the rural and urban sections of the Island that scored very well.

Approximately 75 per cent of Island neighbourhoods received a score of 11 or less on a scale with possible scores ranging from six to 26. However, just over 10 per cent of the neighbourhoods were rated as having the least favourable conditions. Many of these areas contained a high proportion of children and had high numbers of potential socio-economic risk factors.

Physical condition rating of PEI neighbourhoods
2000



Source: *Understanding the Early Years - Community Research in Child Development: Results of the Community Mapping Study on Prince Edward Island*. Charlottetown, PEI: Early Childhood Development Association of PEI and Human Resources Development Canada.

Conclusion

Prince Edward Islanders have a strong commitment to healthy child development, as is evidenced by the vast number of child-related activities that took place in 2001-2002. Most encouraging are the many partnerships that exist between organizations with similar goals and interests. We commend this work and encourage further collaboration and joint initiatives.

We were pleased to see that the PEI results are, for the most part, on par with the Canadian results. This is the first year of reporting on child well-being data and we look forward to having comparative data in future reports. This will help us to identify trends and progress in terms of improving child outcomes in PEI.

We are making progress in our efforts for the development of healthy children and families in PEI. It is the collective ownership of this strategy – involving community, business and volunteer sectors, as well as parents and families – that will ensure its continued success.

Appendix 1

Children's Working Group

A number of community and government organizations have had representatives participate in Children's Working Group events and activities. These organizations include:

Association for Community Living
Atlantic Network for Injury Prevention
PEI Boys and Girls Club
Cap enfants Family Resource Centre
Carousel Family Resource Centre
CHANCES Family Resource Centre
Charlottetown City Police
Community Mental Health
Community Legal Information Association
Early Childhood Care and Education – Holland College
Early Childhood Development Association of PEI
East Prince Health Region
Eastern Kings Health Region
Eastern School Board
Evangeline Community Health Centre
Four Neighbourhoods Community Health Centre
French School Board
Health Canada
Heart and Stroke Foundation
HRDC
IODE
Kids West Family Resource Centre
Kids 'R First Family Resource Centre
Kiwanis Club
Société Saint-Thomas-d'Aquin
Fédération des parents de l'Île-du-Prince-Édouard
Laubach Literary Council
Learning and Reading Partners
Lend A Hand Family Resource Centre
Mi'kmaq Family Resource Centre
PEI Active Living Alliance
PEI Association of Police Chiefs
PEI Bike Helmet Coalition
PEI Breastfeeding Coalition
PEI Cancer Society
PEI Council of the Disabled
PEI Home and School Federation
PEI Literacy Alliance
PEI Literacy Secretariat
PEI Lung Association
PEI Multicultural Council
PEI Native Council
PEI Newcomers' Association
PEI Recreation and Facilities Association
PEI Red Cross Society
PEI Teacher's Federation
PEI Tobacco Reduction Alliance
PEI Transition House Association
Premier's Action Committee on Family Violence Prevention
Queens Health Region
RCMP
Richmond Centre
Scouts Canada
Southern Kings Community Health Centre
Southern Kings Health Region
Sport PEI
St. John Ambulance
University of Prince Edward Island
West Prince Health Region
Western School Board

Appendix 2

National Longitudinal Study on Children and Youth

The National Longitudinal Study on Children and Youth (NLSCY) began to collect information about children and families in Canada during late 1994 and early 1995. At that time, researchers interviewed parents of about 23,000 children up to the age of 11. Parents (or the person most knowledgeable about the child) shared information not only about their children, but also about themselves and the children's families, schools and neighbourhoods.

The NLSCY revisits those children every two years. Data was collected in 1996-1997 and again in 1998-1999. Data that was collected in 2000-2001 is still being analysed; as we are nearing late 2002 and early 2003, researchers are preparing to interview parents (or person most knowledgeable about the child) again, for the fifth cycle of data on children and families. More than 800 Prince Edward Island children have been part of the NLSCY.

In keeping with a need for a greater understanding of learning and development in the early years, in addition to the ongoing interviews with parents of the original sample, more children aged five and under are being added to the sample.

Appendix 3

Early Childhood Development Initiative

In September 2000, Prince Edward Island joined with other provinces and territories and the federal government in a commitment to support families and communities in their efforts to ensure that young children can fulfil their potential to be healthy, safe and secure, ready to learn and socially engaged and responsible. Through this Early Childhood Development Initiative (ECDI), the federal government has committed to an annual transfer of funding to provincial and territorial governments over a five-year period.

Funding received through the ECDI is intended to introduce, improve, and/or expand early childhood development programs and services. In Prince Edward Island, a range of programs already exists which supports early childhood development. The ECD Initiative provides an opportunity to strengthen existing programs and invest in new ones.

The First Ministers' Agreement on Early Childhood Development includes four key areas:

- healthy pregnancy, birth, and infancy
- early childhood development, learning, and care
- parenting and family supports
- community supports

In fiscal year 2001-2002, Prince Edward Island received $1.3 million for investments in early childhood development which were integrated with the provincial Healthy Child Development Strategy. Specifically, PEI made the following investments in 2001-2002:

Early Childhood Development, Learning, and Care

- Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE)
- Grants to early childhood centres to support children with special needs
- Publicly funded/community-based kindergarten

Parenting and Family Supports

- Disability supports for children from birth to age six
- Professional program support for home-based early intervention

Community Supports

- Healthy Child Development Strategy – nurturing a community development approach

Area of Investment:
Early Childhood Development, Learning, and Care

Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE)

The Measuring and Improving Kids' Environments (MIKE) project provides program support, training, and development to early childhood centres across the province. A two year pilot initiative, MIKE commenced in August 2001 and will conclude its pilot phase in June 2003.

The first phase of the project (2001-2002) focused on licensed full-day early childhood centres providing inclusive programs for children with special needs. The second phase (2002-2003) will expand the project to include all licensed early childhood centres. As well, follow-up assessments will be carried out during the second phase, in order to measure the impact of the efforts to improve quality.

The project has provided an opportunity to begin to objectively measure quality in licensed centres, to target the supports needed to improve environments, and to be able to measure the impact of those supports.

Program Objectives

The goal of the MIKE program is to increase the levels of quality in licensed early childhood programs across PEI. In order to accomplish this goal, MIKE focuses on increasing the capacity of staff in early childhood centres to provide higher quality services for all children within their programs. This program promotes and supports best practices of early childhood educators in the delivery of inclusive and quality child care services to Island children.

Target Population

The first year of the program targeted half of the licensed full-day centres (in all regions); by the second year, all licensed full-day centres will be involved.

Department(s) Responsible

The Department of Health and Social Services provides funding for the project activities, supervision of consultants and liaisons with government and national initiatives.

The Early Childhood Development Association of PEI maintains communication with association members, administers the project and liaises with other early childhood initiatives in the community.

Program Indicators

Expenditures	Fiscal Year 2001-2002 – $50,000
Availability	The first phase of the project (2001-2002) focussed on licensed full day early childhood centres providing inclusive programs for children with special needs. A total of 29 centres participated in the program.
Quality	Centre directors and staff were introduced to the ECERS-R assessment tool and invited to participate in the program. Staff of the MIKE program completed assessments and shared the results with directors and staff. Together, plans were developed to address areas that needed improvement and MIKE staff provided valuable advice and support as centres worked to improve the early childhood environment. During the second year of the program, improvements to quality will be measured as a result of the planned follow-up assessments with licensed centres.

Grants to Early Childhood Centres to Support Children With Special Needs

Special Needs Grants provide additional funding to licensed early child development centres in order to support inclusive programs for children with special needs. Typically, this funding is used to employ additional staff in order to lower the child-staff ratio at the centre, thus allowing all staff to be able to provide for extra/individualized programming for the child with special needs.

Program Goal and Objectives

The goal of the Special Needs Funding Program is to support the inclusion of children with special needs in licensed early child development settings. In order to reach this goal, the following objectives have been outlined:

- to support licensed centres with appropriate resources to provide individualized programs with quality early childhood education environments;
- to encourage communication among parents, centre staff, and other professionals involved in working with the child;
- to eliminate the need for parents of children with special needs to be income tested for eligibility for such additional services; and
- to provide for accountability on the part of licensed child development facilities for funded programs.

Target Population

Funding is provided on behalf of children with special needs who are attending licensed early childhood development centres. For the purpose of this grant, a child with special needs is defined as one who, in order to attain the usual development goals, requires additional and/or specific types of stimulation/care.

Children who would normally fall into this population include those with issues relating to: mobility, cognition, development delay, vision or hearing loss, speech, behavioural issues and children who have multiple disabilities.

Department Responsible

The Department of Health and Social Services is responsible for the administration of the Special Needs Grant program.

Program Indicators

Expenditures In 2001-2002, a total of $867,000 was spent on this program. Of this total, $300,000 was invested using funds from the Early Childhood Development Initiative.

Availability Funding was provided to 56 early childhood programs on behalf of 164 children and their families.

Accessibility Funding to our target population has increased by 33 per cent.

Affordability This grant is available to centres for children who meet the criteria. Parents are **not** income/needs tested for eligibility for these support services.

Publicly Funded, Community-Based Kindergarten

PEI's community-based, publicly funded kindergarten was introduced in September 2000. As part of the early childhood system, kindergarten on PEI is privately owned and operated. Throughout the three-year implementation phase the provincial government, under the leadership of the Department of Education, will continue to develop curriculum and policy that reflects and supports their unique approach to kindergarten.

In 2001-2002, the second year of implementation of this program, additional investments were made as part of the Early Childhood Development Initiative.

Program Objectives

The goal is to fund a core community-based program, thus enabling more children to attend kindergarten and providing consistent curriculum for Island children.

Target Population

In 2001-2002, children who were five years of age as of January 31 of the current school year were eligible for kindergarten.

Department(s) Responsible

The Department of Education is responsible for the development and funding of a core kindergarten program. Kindergarten programs are licensed as early childhood centres according to PEI's *Child Care Facilities Act*. The Minister of Health and Social Services is responsible for this act. The Department of Health and Social Services continues to be responsible for supports for children with special needs and certification of early childhood educators, while both departments share responsibility for licensing and program inspections.

Program Indicators

Expenditures In 2001-2002, expenditures for the kindergarten program totaled $3.2 million. Of this amount, $500,000 was invested from the Early Childhood Development Initiative. Total expenditures during 2000-2001 were $2.5 million.

Availability There were 91 community-based kindergarten sites during the 2001-2002 school year. A total of 1,697 children attended these programs.

Accessibility Based on PEI's birth rate, 97 per cent of children eligible for kindergarten are attending. Attendance increased 12 per cent the first year kindergarten was publicly funded and has remained constant.

Affordability The Department of Education fully funds a core kindergarten program for all community kindergartens on PEI. During the second year, funding was increased to all kindergarten programs.

Area of Investment: Parenting and Family Supports

Disability Supports for Children From Birth to Age Six

The PEI Disability Support Program (DSP) is a social program with a financial component. Introduced in October 2001, the program is designed to assist Islanders (children and adults) who have a qualifying disability (physical, intellectual, neurological) to overcome barriers, to attain a satisfactory quality of life, and to strive to achieve financial independence. The program assists families with extraordinary child rearing needs directly related to the child's disability and offers supports and referrals to other agencies where complimentary services may be obtained.

Within the overall structure of the DSP, supports are being offered for children from birth to six years of age and their families. The DSP may assist children with disabilities by offering support to them and their parent(s)/guardian(s).

Target Population

The DSP is available to all Islanders with a qualifying disability (described as a physical, neurological or intellectual disability) and who require disability-specific supports.

In 2001-2002, a total of 91 children from birth to six years of age and their families received supports from this program. In previous years, children and their families received varying levels of support from the Family Support Program. The DSP has broadened the scope of possible supports and the level of financial support.

Department(s) Responsible and Delivery Agents

The Department of Health and Social Services has full responsibility for this program and Disability Support Units are now in place in each health region. Disability Support Workers are specifically trained to work with children and adults with disabilities and their families. They work as partners with individuals and families to develop a support plan to meet disability-specific needs.

Program Indicators

Expenditures $300,000 (for children from birth to age six years).

Availability 91 children were assisted with this program.

Accessibility The Disability Support Program is designed to meet the unique needs of each individual or family.

There is a broader range of disability supports available to preschool children, in particular for children with diagnosis of Tourette's syndrome which was not supported in the previous program. There are also enhanced supports to pre-school children with the diagnosis of autism such as 20 hours of intensive behavioural intervention per week and intensive behavioural intervention program supplies.

Professional Training, Consultation, and Program Support for Home-based Early Intervention

During 2001-2002, the Department of Health and Social Services contracted the Bancroft Neurohealth Institute to provide training and support in the area of autism. Bancroft is a private, not-for-profit organization, serving people with disabilities since 1883. Bancroft is internationally recognized as a leader in special education, rehabilitation, evaluation and research. The CARES (Center for Autism Research and Education Services) program at Bancroft is a key resource in the continuum of services for people with autism.

Bancroft staff provided on-site training for parents, caregivers, and therapists in behaviour-based interventions. As well, Bancroft staff provided regular consultation to the Preschool Autism Consultant in the development of learning objectives for children diagnosed with Autism Spectrum Disorder.

Program Objectives

The goal of this time-limited project was to increase the capacity of Island professionals and parents in the development, supervision, and delivery of behaviour-based interventions for children diagnosed with autism spectrum disorder through hands-on training to the Autism Consultant, other therapists, in home staff, and family members.

Target Population

Departmental and regional staff, in home staff, and family members of children with autism ages birth to preschool.

Department Responsible

The Department of Health and Social Services contracted Bancroft Neuro Health Institute and coordinated training and consultation.

Program Indicators

Expenditures $30,000

Quality This program increased the knowledge base and skill level of all participants.

Area of Investment: Community Supports

Healthy Child Development Strategy Community Development

The Healthy Child Development Strategy is a multi-departmental initiative focused on improving outcomes for children in Prince Edward Island. The strategy builds on the successes of programs, services, and community supports, and encourages partnerships between community, business, and government.

During provincial consultations prior to the launch of the strategy, Islanders emphasized the need for community involvement in the development of policy, programs and services for children and families. They stressed that the success of the strategy depends on community ownership. However, Islanders also reported that they wanted Government to provide leadership in this endeavour.

In order to ensure a role for community, the implementation of the Healthy Child Development Strategy is monitored by the Premier's Council on Healthy Child Development. Council members are individuals from across PEI who represent a variety of experiences and backgrounds.

As well, the Children's Working Group (CWG) is integral to the implementation of the goals and objectives of the Strategy's Key Areas of Action. Members of the CWG include representatives chosen by the community, and government representatives from each of five provincial departments involved in the Healthy Child Development Strategy. These government representatives work together on the Children's Secretariat.

The Early Childhood Development Association (ECDA) of PEI coordinates the *Understanding the Early Years* project for the province. The Children's Secretariat has partnered with the ECDA on a joint workplan in order to promote community action in meeting the goals and objectives of the Healthy Child Development Strategy.

Program Objectives

Objectives for the community development work of the strategy include:

- strengthening and building on current partnerships;
- providing opportunities for discussion and networking for organizations, community groups and government departments;
- sharing information with communities across PEI; and
- encouraging community action for healthy child development.

Target Population

Efforts in community development have been directed to the following populations:

- community-based organizations working on behalf of young children and their families;
- parents;
- business;
- community and municipal leaders; and
- special populations, including francophone and aboriginal populations.

Department(s) Responsible

There are five provincial government departments involved with the Healthy Child Development Strategy. These include:

- Department of Health and Social Services (lead);
- Department of Education;
- Department of Community and Cultural Affairs;
- Department of Development and Technology; and
- Office of the Attorney General.

Program Indicators

Expenditures $110,000

Availability These efforts have supported events such as the Premier's Council's Think Tank, meetings of the Children's Working Group, network meetings, provincial network conference, community meetings and presentations, etc.

Quality In partnership with UEY, the community development efforts are being evaluated by Social Research Development Corporation.

Rapport annuel sur les enfants 2001-2002

Préparé par le Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé

Avril 2003

Île-du-Prince-Édouard

CANADA

Premier's Council on
Healthy Child Development

16 Garfield Street
PO Box 2000, Charlottetown, PE Canada C1A 7N8

Conseil du premier ministre
sur le développement salutaire
de la petite enfance

16, rue Garfield
C.P. 2000, Charlottetown, Î.-P.-É. Canada C1A 7N8

Le 15 avril 2003

Honorable Patrick G. Binns
Premier ministre
Province de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le premier ministre,

Au nom du Conseil du premier ministre pour le développement de l'enfant en santé, je suis heureux de vous présenter le présent ***Rapport annuel sur les enfants de 2001-2002***. Ce rapport offre une vue d'ensemble des programmes et des services mis à la disposition des jeunes enfants et des familles, ainsi que des renseignements sur le mieux-être des enfants de l'Île.

Comme vous le constaterez à la lecture du rapport, la communauté et le gouvernement offrent des services valables aux enfants et aux familles et font de grands progrès dans la mise en œuvre de la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Il nous apparaît clairement que les Insulaires sont profondément engagés à travailler ensemble à la réalisation des meilleurs résultats possibles pour les enfants de l'Î.-P.-É.

Dans le rapport de 2000-2001, nous avons mentionné que nous verrions à renforcer les instruments de mesure des résultats et à en faire rapport au cours des années à venir. Nous sommes très fiers d'avoir été capables de réaliser cet objectif dans le rapport de 2001-2002. Le rapport contient un grand nombre de détails montrant ce que font les enfants de l'Î.-P.-É. Au fil du temps, nous pourrons comprendre les résultats produits par nos investissements dans les enfants et préciser les nouveaux investissements à faire.

Les progrès réalisés à ce jour ne cessent de nous encourager, et nous sommes assurés que les enfants demeureront une priorité de votre gouvernement.

Veuillez agréer, Monsieur le premier ministre, mes salutations distinguées.

Le président du Conseil du premier ministre pour le développement des enfants en santé,

David Harper

David Harper

Health and Social Services • Education • Office of the Attorney General • Community and Cultural Affairs • Development and Technology
Santé et Services sociaux • Éducation • Bureau du procureur général • Affaires communautaires et culturelles • Développement et Technologie

Tel/Tél. : 902 368 6517 *www.gov.pe.ca* Fax/Téléc. : 902 368 6136

Table des matières

Énoncé de vision

Introduction : le Conseil du premier ministre 1

Stratégie de développement de l'enfant en santé 2

Faits marquants de l'année 2001-2002 3

Poursuite de nos objectifs 6

Surveillance du bien-être des enfants de l'Î.-P.-É 15
- Santé physique 19
- Protection et sécurité 26
- Développement des tout-petits 28
- Indicateurs familiaux 40
- Indicateurs communautaires 47

Conclusion 50

Annexes

- Annexe 1. Groupe de travail des enfants 51
- Annexe 2. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes 52
- Annexe 3. Initiatives de développement de la petite enfance 53
  - Domaine d'investissement développement, apprentissage et soin de la petite enfance 54
  - Domaine d'investissement : soutiens du rôle parental et de la famille 57
  - Domaine d'investissement : soutiens communautaires 59

Notre Vision

Les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard se développeront bien dans une atmosphère d'amour, d'affection et de compréhension. Ils seront appréciés comme individus durant l'enfance et on suscitera l'espoir et la fierté en eux et en notre Île, ainsi que des occasions de se réaliser pleinement comme adultes.

Respectés et protégés, les enfants de l'Île respecteront et protégeront les droits d'autrui. Valorisés, réconfortés et aimés, ils deviendront capables en grandissant de contribuer à une société qui reconnaît la littératie et la diversité, qui soutient les moins doués et qui partage ses ressources.

Si on leur donne la chance de développer pleinement leurs capacités physiques, créatrices, intellectuelles, affectives, sociales et spirituelles, les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard deviendront les parents accomplis et enthousiastes, les aidants naturels, les travailleurs et les citoyens de demain.

... Pour nos enfants : une Stratégie de développement de l'enfant en santé
Novembre 2000

Introduction

Le **Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé** a été créé par le premier ministre, Pat Binns, en mars 2001, comme un geste démontrant l'engagement du gouvernement provincial à la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Il s'agit d'une initiative de l'Île-du-Prince-Édouard orientée vers les enfants, de la période prénatale jusqu'aux premières années scolaires.

Le premier ministre Binns a d'abord présenté les membres du Conseil à la communauté au cours de la Conférence sur la planification du développement de l'enfant en santé, laquelle s'est tenue à Charlottetown. Les membres du Conseil sont des Insulaires qui apportent collectivement une source inépuisable d'expériences et de connaissances au sujet des enfants.

Le rôle du Conseil consiste à donner des conseils au premier ministre sur les problèmes affectant les enfants de l'Î.-P.-É. Le Conseil surveille la mise en œuvre de la Stratégie de développement de l'enfant en santé en évaluant les indicateurs du bien-être de l'enfant et en décidant si la stratégie atteint ses objectifs. Le présent **Rapport annuel sur les enfants pour l'année 2001-2002** s'inscrit dans le cadre du mandat du Conseil.

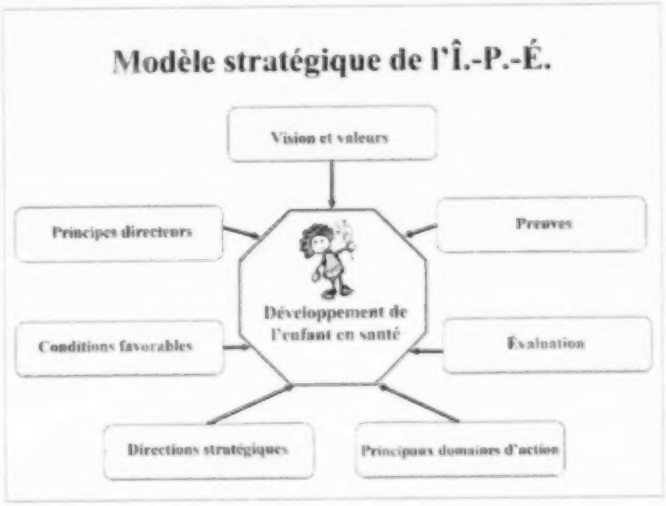
Le rapport se divise en quatre principales parties : en premier lieu, un court historique de la Stratégie de développement de l'enfant en santé et de sa mise en œuvre; en second lieu, une description des événements marquants pour les enfants, et des exemples d'initiatives orientées vers les enfants et leurs familles, lesquels aident à réaliser les objectifs de la Stratégie de développement de l'enfant en santé; suivent les indicateurs du bien-être de l'enfant qui permettent aux membres du Conseil de surveiller les améliorations du développement de l'enfant en santé au fil du temps. En dernier lieu, le rapport fait état des renseignements détaillés entourant nos investissements par l'intermédiaire de l'Initiative de développement de la petite enfance des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Stratégie de développement de l'enfant en santé

La **Stratégie de développement de l'enfant en santé** a pour objectifs de faire en sorte que tous les enfants de l'Île :

- **soient protégés et en sécurité**
- **jouissent d'une bonne santé**
- **réussissent dans leur apprentissage**
- **profitent de l'appartenance sociale et du sens des responsabilités**

La Stratégie de développement de l'enfant en santé appartient à tous les Insulaires, étant donné qu'ils ont tous un rôle à jouer pour aider les enfants à atteindre ces objectifs. Le gouvernement fournit une direction efficace en cette matière, mais la participation des communautés, des entreprises et des familles est nécessaire pour en assurer le succès.



Le modèle stratégique qui oriente cette initiative décrit une vision des enfants et énonce des affirmations de valeur, les deux éléments ayant été étoffés en consultation avec les Insulaires. Les principes directeurs de la stratégie et les conditions favorables fournissent les règles du jeu à tous les partenaires pour décider de l'orientation stratégique à prendre en abordant les principaux domaines d'action.

La stratégie utilise une formule de planification continue fondée sur des preuves quant à la façon de se développer des enfants et sur des exemples de bonnes pratiques. La mesure et l'évaluation sont des activités ininterrompues permettant de comprendre à quel moment et de quelle manière la différence se fait dans la vie des enfants.

Les ministères du gouvernement provincial reconnaissent que leur rôle consiste à renforcer la capacité des parents et des communautés à prendre soin de leurs enfants. Ils admettent que le développement de l'enfant en santé est fondé sur les rapports mutuels entre le milieu social et le milieu économique, lesquels permettent ensemble la saine croissance de nos enfants. Les ministères travaillent ensemble à promouvoir le sain développement des enfants de l'Île par l'intermédiaire du **Secrétariat à l'enfance**.

Le Secrétariat à l'enfance est composé de cinq ministères du gouvernement provincial (Santé et Services sociaux, Éducation, Bureau du procureur général, Affaires communautaires et culturelles, Développement et Technologie) aux niveaux du personnel et des sous-ministres. Le personnel de base du Secrétariat est logé dans le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Secrétariat fournit de l'aide au Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé, et ses travaux portent essentiellement sur l'élaboration de politiques et la coordination en matière d'enfants, de la période prénatale jusqu'à l'âge de huit ans.

Le Groupe d'étude sur les enfants est un vaste groupe intersectoriel qui comprend des représentants communautaires qui étudient les principaux domaines d'action, des membres du Secrétariat à l'enfance et des représentants des principaux secteurs intéressés aux enfants. Le Groupe est un réseau constitué lui-même de réseaux qui établissent des liens entre les coalitions et réseaux en place, lesquels travaillent au nom des jeunes enfants et de leurs familles. Le Groupe partage de l'information et explore les occasions de faire partager des ressources aux réseaux. Les membres fournissent des liens aux communautés et apportent des perspectives différentes à de grandes initiatives telles que l'éducation publique, la recherche et l'élaboration d'un ensemble de programmes et de services destinés aux enfants. Finalement, le Groupe d'étude sur les enfants élabore également un plan d'action annuel visant à définir les priorités d'activités conçues en fonction des objectifs de la stratégie.

Faits marquants de l'année 2001-2002

Le Conseil du premier ministre est impressionné par l'étendue des activités entreprises en 2001-2002 visant à promouvoir le développement de l'enfant en santé. C'est l'appartenance collective de la stratégie – intéressant le milieu communautaire, celui des affaires et celui des bénévoles, ainsi que les parents et les familles – qui en assure le succès. Au cours de l'année 2001-2002, les Insulaires ont mis leurs efforts en commun pour se centrer sur les enfants. Les événements suivants sont au nombre des faits marquants et ils décrivent la reconnaissance accordée aux efforts collectifs.

Plus de 100 représentants des organismes communautaires et du gouvernement ont assisté au **Premier exercice de réflexion annuel** qui s'est tenu le 19 novembre 2001 à Charlottetown. On a demandé aux participants de tenir compte de la Stratégie de développement de l'enfant en santé pour définir les directions prioritaires de l'action et construire des liens ainsi que des rapports de travail à travers les réseaux.

Les participants au Premier exercice annuel ont recommandé l'adoption des principes suivants pour orienter la mise en œuvre de la Stratégie de développement de l'enfant en santé :

- ***Une démarche universelle et inclusive;***
- ***La viabilité des programmes et des services;***
- ***La direction partagée.***
- ***La prévention et la promotion***

Le ministre de l'Éducation et procureur général, monsieur Jeffrey E. Lantz, a lancé le site Web du développement de l'enfant en santé durant l'exercice de réflexion. On peut le consulter à l'adresse ***www.gov.pe.ca/hcd.***

À l'automne 2001, le Secrétariat à l'enfance et l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard ont organisé ensemble les **Discussions à propos du développement de l'enfant en santé sur Internet**. Il s'agit d'une réalisation conjointe avec l'Université de Toronto et plusieurs chercheurs de pointe dans le développement des tout-petits qui ont été invités à discuter de leurs travaux et de la direction future de leurs domaines d'activité. Au moyen de la technologie offerte sur Internet, ces discussions ont été diffusées à plusieurs endroits au Canada, et elles ont offert aux spectateurs l'occasion de répondre au moyen de la communication en direct.

La Table ronde nationale sur les communautés favorisant l'école active, organisée par le ministère des Affaires communautaires et culturelles, s'est tenue à Charlottetown, du 18 au 20 octobre 2001. L'événement a fourni une occasion unique aux représentants des gouvernements, des communautés et des écoles de se réunir pour partager leurs succès, élaborer des stratégies et s'engager dans l'action. Les délégués représentaient trois secteurs (santé, éducation, loisirs et sports) et venaient de toutes les provinces et territoires.

Les participants à la table ronde ont convenu que :

- une communauté favorisant l'école active en est une dont tous les citoyens, notamment les éducateurs, les élèves, les parents, les administrateurs et les dirigeants communautaires, travaillent de concert à créer les environnements physique et social qui appuient un style de vie actif et sain.

- une communauté favorisant l'école active appuiera certaines initiatives qui encouragent l'activité physique. Celles-ci prendront place à la maison, à l'école ou dans la communauté tout entière.

En novembre 2001, l'Association pour le développement de la petite enfance a rendu public les résultats d'une recherche du projet **Comprendre les premières années (CPA)**. CPA est une initiative de recherche nationale financée par Développement des ressources humaines Canada. Le *Rapport sur le dévelppement de la petite enfance à l'Île-du-Prince-Édouard* décrit les résultats des enfants et les explique suivant des facteurs familiaux et communautaires. Les preuves accumulées par la recherche permettront aux communautés de définir les besoins d'activités et de services locaux pour soutenir les familles comprenant des jeunes enfants. Les gouvernements se serviront de la recherche pour acquérir une compréhension des principales influences et de l'état de bien-être des enfants, et également pour élaborer les politiques qui font la meilleure promotion du bien-être des enfants.

Dans le cadre des Conférences de la Fonction publique sur la qualité et la fierté au sein de la fonction publique qui se tiennent annuellement à l'Î.-P.-É., l'**Institut d'administration publique du Canada**, en juin 2001, a présenté le **Prix d'excellence de la fonction publique – effort de coopération** au Comité consultatif sur le développement de l'enfant en santé. Le Comité consultatif a formulé la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Le prix décerné pour l'effort de coopération est présenté à un groupe qui a fait preuve de coopération, de créativité et d'esprit d'équipe dans le milieu de travail.

Le thème de la **Semaine de prévention du crime 2001** était *Pensons sécurité communautaire! La sécurité communautaire, c'est l'affaire de tous!* Les communautés paisibles sont essentielles au développement de l'enfant en santé, et l'inverse est aussi vrai. Les enfants qui commencent bien leur vie ont moins de chances d'être impliqués dans le crime. La Semaine de prévention du crime sert à encourager des gens de tous les horizons à participer à des activités qui ne cessent de promouvoir la prévention du crime et la protection de la communauté. Chaque année, le programme des Prix du premier ministre pour la prévention du crime reconnait des personnes, des organismes et des entreprises qui ont apporté une contribution importante dans ce domaine. La persistance dans la protection des enfants de l'Île leur donnera la chance de vivre une vie heureuse, en santé et productive.

Tout au long de l'automne 2001, une série de consultations publiques sur la violence familiale a permis de constater le travail du Comité d'initiative du premier ministre sur la prévention de la violence familiale. Les consultations ont permis d'assister à un virage de la réponse de la population à la violence familiale; elles ont mené à une meilleure compréhension du phénomène et elles ont contribué à sensibiliser à la violence familiale. Les Insulaires ont exprimé le désir d'en savoir davantage au sujet de ce qu'ils pouvaient faire pour assurer une meilleure sécurité à nos communautés et à nos familles. À noter plus que tout : l'engagement de travailler ensemble à diminuer l'incidence de la violence familiale.

Les consultations ont mis en lumière que les enfants doivent être une priorité de manière à rompre le cercle de la violence, et que les enfants qui sont victimes ou témoins de violence ont besoin d'être soutenus. Les consultations ont sans cesse montré qu'il est crucial de fournir du soutien en temps opportun aux enfants victimes de mauvais traitements. Le fait qu'un enfant soit exposé à la violence familiale l'empêche de faire confiance, d'apprendre, de développer et d'atteindre son plein potentiel.

L'Alliance sur l'alphabétisation à l'Î.-P.-É. a organisé une ronde d'activités portant sur l'alphabétisation familiale au centre commercial de Charlottetown afin de célébrer la **Journée de l'alphabétisation familiale**. Ses partenaires étaient les étudiants en faveur de l'alphabétisation, du Collège Frontier, de l'U. Î.-P.-É. et de la bibliothèque des enfants du Centre de la Confédération.

Dans la ronde, on encourageait les parents et les enfants à assister ou à participer à des activités de promotion de l'alphabétisation et on donnait des conseils sur les activités qui aident les enfants à développer leurs capacités à apprendre à lire et à aimer cela. On distribuait également des trousses d'alphabétisation familiale contenant des conseils sur le développement des capacités, des activités de promotion de l'alphabétisation amusantes et des manières peu coûteuses de développer ses capacités. Les enfants pouvaient rapporter à la maison des signets, des affiches, des livres-boutonnière et des marionnettes. Environ 150 parents et enfants ont participé à l'événement.

L'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É. a publié un rapport : ***Pour nos éducateurs, une étude du secteur de l'éducation de la petite enfance***. Il s'agit d'une étude qui examine les principaux défis tels que le manque de ressources fiscales, le maintien du personnel et le recrutement, les salaires et les avantages peu élevés et l'accès limité à l'éducation ainsi que les occasions de formation continue. Ce rapport fournit également une direction stratégique pour orienter le travail de l'Association.

Le ministère de l'Éducation a entrepris **Un examen de l'âge d'entrée à l'école** dans le système d'école publique. Au cours des dernières années, il y a eu un grand débat sur le meilleur âge d'entrée à l'école pour les enfants, leurs familles et le système scolaire. Des preuves de plus en plus nombreuses permettent de penser que les enfants plus jeunes pourraient ne pas être aussi prêts que leurs pairs plus âgés, en termes de développement, à apprendre dans l'environnement d'une salle de classe. Les enfants ont plus de chances d'avoir du succès s'ils sont plus âgés au moment de leur entrée à l'école. Les consultations publiques ont permis aux Insulaires de s'exprimer à ce sujet.

Une nouvelle ***Child Protection Act*** (Loi sur la protection des enfants) a été présentée à l'Assemblée législative en décembre 2001. Elle représente la pierre angulaire de l'engagement du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'endroit de la santé et du bien-être des enfants. Un des principaux éléments de cette Loi consiste à veiller à ce que les processus de protection des enfants prennent en considération le calendrier de développement des enfants. Les règlements accompagnant la Loi ont été préparés en consultation avec les régions sanitaires.

Le **Prix d'excellence du Dr J.H. O'Hanley** est présenté annuellement à une personne ou à un organisme ayant apporté une contribution exceptionnelle, ayant fait preuve d'un dévouement exemplaire et ayant fourni de loyaux services dans le domaine du soin des enfants de l'Î.-P.-É. La récipiendaire du prix en 2001 est madame Edna Peters qui a travaillé durant 36 ans dans le réseau hospitalier de l'Î.-P.-É.

Poursuite de nos objectifs

Le développement des enfants en santé est la responsabilité de tous et ne se limite pas aux programmes formels auxquels les enfants participent. En effet, les enfants profitent des interactions informelles avec leurs familles, leurs pourvoyeurs de soins, leurs entraîneurs et leurs éducatrices et éducateurs durant leurs activités quotidiennes à la patinoire, dans les bibliothèques, les parcs et les épiceries.

Le Conseil du premier ministre aimerait reconnaître les initiatives suivantes qui représentent un petit échantillon des nombreux programmes et services gouvernementaux et communautaires qui ont de l'influence sur les enfants et les familles de l'Î.-P.-É. au sens des objectifs définis dans la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

Objectif : Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard seront protégés et en sécurité.

Les besoins fondamentaux des enfants (nourriture, foyer, vêtements et environnement physique sans danger) seront satisfaits. Les enfants seront protégés contre les agressions, la négligence, la discrimination, l'exploitation et le danger.

Plusieurs écoles de l'Île se servent du **Programme de prévention de l'intimidation par les pairs** qui prône la prévention de l'intimidation et la gestion de la colère. Des enseignantes et enseignants ont assisté aux ateliers et ***Un pas de plus*** (One more step) a été traduit pour les enseignantes et enseignants des classes de français et d'immersion.

Toutes les écoles de l'Î.-P.-É. ont participé à la formation initiale intitulée ***Intervenir et appuyer le comportement positif***. Il s'agit d'un processus visant à encourager le milieu scolaire sécuritaire et sain afin d'améliorer le succès scolaire et social. Plusieurs écoles s'efforcent maintenant de formuler des règles de conduite à l'école dont l'accent est mis sur l'appui positif.

Trente-quatre personnes sont formées pour exécuter des **Vérifications de sièges d'auto pour enfants** partout à l'Î.-P.-É. Elles représentent divers horizons notamment le personnel du Centre de ressources pour les familles, la santé publique, la sécurité routière et Accès Î.-P.-É., les infirmières, les bénévoles communautaires, la GRC, les policiers municipaux, la compagnie d'assurances *Co-Operators* et d'autres personnes des diverses régions sanitaires.

Au cours de l'année 2001-2002, on a vérifié l'installation de 400 sièges d'auto pour enfants dans des cliniques de sièges d'auto et des vérifications sur le bord de la route à l'Î.-P.-É. En plus de cela, durant la même période, les personnes formées ont aidé à répondre par téléphone à de nombreuses questions et préoccupations des Insulaires.

Parce qu'on reconnaît le stress que peut causer aux enfants le palais de justice Sir Louis Henry Davies, à Charlottetown, on a fait des efforts pour veiller à ce que les **salles d'attente des enfants victimes et des témoins** soient plus accueillantes et confortables pour les enfants et leurs familles. Durant les périodes d'attente, on fournit des jouets aux enfants et on leur offre des activités pour qu'ils puissent s'amuser.

Les Services juridiques en matière de droit de la famille, une division du bureau du procureur général, suit **une démarche orientée vers l'enfant dans les relations avec les familles aux prises avec des problèmes juridiques**. Une telle initiative a été mise en place parce qu'on croit que l'avenir de la société dépend du bien-être de ses enfants. Cette nouvelle division réunit les services et les programmes qui ont un effet direct sur le bien-être des enfants et de leurs familles.

L'**Allocation aux enfants en santé** a été augmentée à 38 dollars par mois en 2001. Cette allocation permet aux enfants de s'inscrire dans les activités communautaires sportives, musicales, artistiques et culturelles. Elle appuie les recommandations de la Stratégie de développement de l'enfant en santé se rapportant à l'importance pour les enfants de mener une vie active et le besoin de rendre les activités accessibles aux enfants de familles à faible revenu.

L'**Alliance pour la réduction du tabagisme à l'Î.-P.-É. (ART Î.-P.-É.)** offre un bon nombre de programmes de réduction du tabagisme. Les décalques « Véhicule sans fumée », un outil important dans la réduction du nombre d'enfants exposés aux effets nuisibles de la fumée des autres, sont toujours distribués par Accès Î.-P.-É. dans la province. La recherche sur les « maisons sans fumée », un partenariat entre ART Î.-P.-É. et l'U Î.-P.-É. étudie toujours le processus utilisé par les ménages pour rendre leurs maisons sans fumée.

Le programme des Services infirmiers de santé publique à l'intérieur des régions sanitaires continue d'aider les femmes enceintes ou les nouvelles mères qui désirent arrêter de fumer en leur donnant accès à des programmes d'auto-assistance offerts par ART Î.-P.-É., notamment *Stopping When You Are Ready, Start Quit,* et *How Not To Smoke.*

Le programme de la GRC « Pour survivre, reste près d'un arbre » est une recherche et un programme de sauvetage orientés vers les enfants de la maternelle jusqu'aux premières années scolaires. Il enseigne aux enfants comment ne pas se perdre dans le bois, que faire si on se perd, comment éviter de se faire mal et comment aider les chercheurs à nous retrouver.

Objectif : **Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard seront en bonne santé.**

Les enfants seront en aussi bonne santé physique, affective et spirituelle que possible, et ils posséderont une forte estime de soi, de bonnes habiletés d'adaptation et beaucoup d'enthousiasme.

Une **Clinique de suivi pédiatrique pour le diabète** (multidisciplinaire) a été créée en collaboration avec les pédiatres de l'hôpital Queen Elizabeth. Ce programme fournit un suivi trimestriel aux enfants et à leurs familles.

Un Comité formé pour la campagne de sensibilisation du public aux **Syndrome d'alcoolisme fœtal et effets de l'alcoolisme fœtal** (SAF/EAF) s'est efforcé de sensibiliser la population à la prévention du SAF/EAF. On peut se procurer des affiches et des dépliants aux bureaux des Services infirmiers de santé publique et aux points de vente de la Régie des alcools partout à l'Î.-P.-É.

La **Coalition en faveur de l'allaitement au sein** est un grand groupe de travail provincial dédiant ses efforts à la promotion de l'allaitement au sein à l'Île-du-Prince-Édouard. La Coalition comprend des représentants de toutes les administrations régionales de santé de la province, des partenaires communautaires et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle fournit de la formation aux infirmières de la santé publique de l'Île afin d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences dans les soutiens à l'allaitement au sein.

Les services d'une consultante en allaitement sont mis à la disposition des patientes, du personnel infirmier et des médecins pour appuyer l'allaitement au sein. La consultante offre du soutien prénatal et postnatal ainsi que de l'aide aux hôpitaux et aux communautés de l'Île.

Le projet **Meilleur départ**, financé par le Conseil national de prévention du crime, a terminé sa troisième année comme projet pilote dans la région sanitaire de Queens. Il s'agit d'un programme intensif de dépistage, d'évaluation et de visites à domicile qui est offert aux enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, et à leurs parents. L'objectif du programme destiné aux enfants est de prévenir les mauvais traitements, la négligence, d'améliorer le comportement, l'apprentissage et les résultats pour la santé des enfants. Au nombre des partenaires se trouvent les Services infirmiers de santé publique de la région de Queens et le Centre de ressources pour les familles CHANCE.

Le **Service d'oncologie pour enfants** est déménagé du Centre de traitement du cancer pour se loger dans le Service pédiatrique de l'hôpital Queen Elizabeth. Le Service pédiatrique offre un environnement favorable aux enfants et à leurs familles.

L'Association des femmes acadiennes et francophones, en collaboration avec plusieurs autres organismes communautaires francophones, a créé une **trousse d'estime de soi destinée aux enfants acadiens et francophones**. La trousse est en vente pour les élèves qui désirent s'en servir en classe ou à la maison.

Le **Centre d'éducation sur l'asthme Patrick A. Gill** a pour mandat d'améliorer les services aux enfants et aux adultes atteints d'asthme au moyen d'une méthode coordonnée et cohérente qui permet de gérer l'asthme. À l'aide de l'évaluation, de l'éducation et du suivi, les clients sont mieux équipés pour gérer leur asthme. Le Centre d'éducation sur l'asthme occupe la première place dans les Maritimes auprès des enfants atteints d'asthme avec des résultats positifs tels que la diminution des visites en salle d'urgence, la baisse des admissions à l'hôpital et la diminution du nombre de jours d'école manqués.

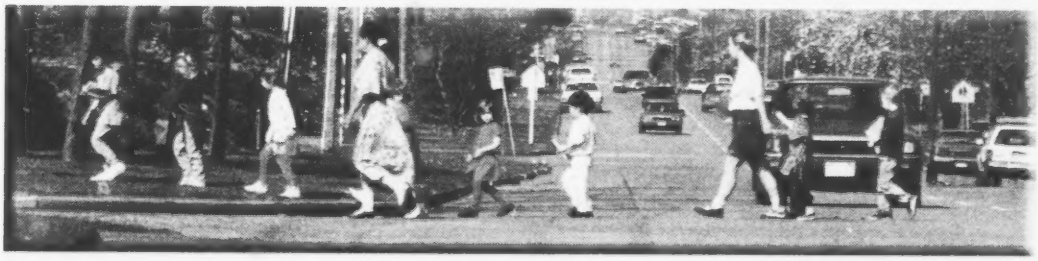
La perspective globale en matière de santé mentale des enfants qui est mise de l'avant par la **Coalition sur la santé mentale de enfants** est maintenant appuyée par deux pédopsychiatres de la province, ainsi que par le pédopsychologue de l'hôpital Isaac Walton Killam qui sensibilise le public au moyen de la vidéoconférence.

Réalisé en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé mentale et Développement des ressources humaines Canada, un projet pilote finance huit travailleurs offrant un service de soutien à domicile sous la direction des thérapeutes communautaires. La prévention et l'intervention précoce sont également mises en place pour améliorer la santé mentale chez les enfants de l'Île.

En raison d'une participation accrue aux **cours d'évaluation**, beaucoup d'enseignants et de conseillers scolaires ont perfectionné le niveau de leurs connaissances et de leurs compétences dans l'utilisation et l'interprétation des divers instruments d'évaluation en usage dans le système d'enseignement public. Les cours de premier niveau sont axés sur les outils d'évaluation théoriques et ceux du niveau avancé sur les outils psycho-éducatifs.

L'**Évaluation psycho-sociale prénatale** fournit un système provincial intégré d'évaluation de la santé psychosociale des femmes durant la période prénatale. Les facteurs de risque (tabagisme, stress, rôle parental, manque de ressources financières, soutien social, violence familiale et consommation d'alcool et de drogues) de toutes les femmes enceintes de l'Î.-P.-É. doivent être évalués. Les pourvoyeurs de soins de santé peuvent utiliser l'outil d'évaluation *Ask Me! Identifying Stressors for Pregnant Women*. Des réseaux de consultation dans chacune des régions sont mentionnés comme ressources à utiliser avec cette évaluation complète, afin de mieux répondre aux situations de risque en temps opportun et d'une manière plus exhaustive. Le répertoire des ressources prénatales a été révisé en janvier 2002, et les médecins nouvellement arrivés dans la province reçoivent l'information sur l'évaluation.

J'cours à Salt Lake City a été une nouvelle initiative de vie active réalisée par la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard, *Go for Green*, l'Alliance de vie active de l'Île-du-Prince-Édouard, dont le président honoraire est le médaillé d'or olympique, Dave « Eli » MacEachern. L'initiative consistait en un programme d'encouragement visant à faire la promotion de l'activité physique parmi les écolières et écoliers de l'Île, une première pour l'Initiative des écoles actives en santé. Les enfants se « rapprochaient de Salt Lake City », à raison d'un kilomètre, pour chaque minute d'activité physique. Toutes les écoles élémentaires et régionales de l'Île pouvaient se joindre au programme – ce qui représente environ 12 000 enfants. L'objectif était de faire participer tous les écoliers de l'Île à 30 minutes d'activité physique par jour, en dehors des classes d'éducation physique régulières.



Les recherches récentes montrent une augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants, laquelle est reliée au manque d'activité physique. Les habitudes prises à l'enfance se transportent à l'âge adulte. Ainsi, en encourageant l'activité physique chez les jeunes, on encourage la santé future en augmentant la possibilité qu'ils demeureront actifs comme adultes.

L'atelier **L'atteinte du poids-santé chez les enfants de l'Î.-P.-É. : le rôle de l'activité physique et de la nutrition** a fourni l'occasion aux Insulaires de rencontrer d'autres personnes œuvrant dans les domaines de la santé, de l'éducation, des loisirs, des sports et de la nutrition qui partageaient leurs intérêts et objectifs. La séance était centrée sur les facteurs contribuant à l'obésité chez les enfants et apportait de l'information sur les comportements sains et la modification des modes d'alimentation chez les enfants. Les participants se sont efforcés de formuler un plan détaillé pour mettre en place une stratégie concertée visant à faire la promotion du poids-santé chez les enfants de l'Î.-P.-É.

Les nombreux partenaires intéressés, qui travaillent ensemble à l'amélioration du style de vie des enfants de l'Île, ont manifesté un grand enthousiasme pour une telle initiative. Ils comprennent l'Alliance de vie active de l'Î.-P.-É., la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard, l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard, l'Administration régionale de la santé de Queens, le ministère des Affaires communautaires et culturelles, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et les diététistes du Canada.

Objectif : Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard réussiront leur apprentissage.

Les enfants auront la possibilité de s'épanouir pleinement sur les plans cognitif, physique, social et artistique; ils pourront apprendre à s'exprimer, à lire, écrire et compter et à acquérir de bonnes connaissances générales. Ils seront prêts à apprendre durant l'enfance afin d'acquérir les attitudes, les connaissances et les compétences nécessaires pour réussir le passage à l'âge adulte.

Le programme **Mesurons et améliorons l'environnement des enfants** (MAEE) est un projet pilote de deux ans qui a débuté en août 2001. Les coordonnateurs ont été embauchés pour fournir de l'information, des ressources, de la formation et de l'appui aux 200 membres du personnel des 29 centres de soins aux enfants autorisés. Cette information et cet appui augmentera la capacité du personnel à offrir des services de santé inclusifs et de qualité aux enfants de l'Île. Le projet pilote MAEE est géré en collaboration avec l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É. et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les partenaires du projet ont mis en place le programme MAEE pour faire la promotion et pour soutenir une meilleure pratique auprès des éducatrices et des éducateurs de la petite enfance.

Au service de la francisation est un projet développé par le ministère de l'Éducation en collaboration avec la Fédération des parents de l'Î.-P.-É. Des séances ont été offertes aux parents des enfants d'âge préscolaire de chacune des régions de Prince-Est, Prince-Ouest et Queens, dans le domaine de l'initiation à l'ordinateur et de l'étude des logiciels. Une exposition de logiciels a également été offerte dans chacune des régions pour permettre aux familles d'acheter des logiciels français. Les éducateurs de maternelle ont reçu une demi-journée de formation en cours d'emploi.

On pourra bientôt profiter des recommandations et des leçons apprises du projet pilote du gouvernement et de la communauté **Les petits mots veulent dire beaucoup**. Ce projet était axé sur la prestation de services d'orthophonie en milieu rural s'adressant aux enfants de 18 mois à six ans du comté de Kings. Les

objectifs du projet consistaient à mettre en place une équipe multidisciplinaire permettant d'offrir des services d'orthophonie et d'augmenter la sensibilité du public et la capacité de la communauté en matière de rééducation du langage. Il s'agit d'un partenariat entre l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É., les régions sanitaires de Kings-Sud et de Kings-Est, le Centre de ressources pour les familles *Carousel*, le Centre de ressources pour les familles *Lend a Hand*, les professionnels de la santé, la *Laubach Literary Society* et les parents.

Par l'intermédiaire du programme **Éducation des jeunes filles enceintes et des jeunes parents (ÉJFEJP)**, les Services infirmiers de santé publique de Prince-Est ont formé un partenariat avec le ministère de l'Éducation et d'autres partenaires pour offrir un atelier sur l'alphabétisation familiale des jeunes filles enceintes et des jeunes parents.

Afin de faire la promotion de la **littératie au cours des premières années scolaires**, les enseignantes et enseignants de la première à la troisième année ont reçu une formation sur les pratiques d'évaluation de la littératie précoce et toutes les écoles ayant des classes de première à troisième année ont reçu des outils d'évaluation de la littératie précoce. On a également ajouté d'autres documents à lire afin de soutenir les lecteurs en difficulté dans ces classes.

L'Alliance sur l'alphabétisation à l'Î.-P.-É. a parrainé le **Programme de tutorat d'été s'adressant aux enfants**. Cela a donné lieu à l'embauche, par l'intermédiaire du programme Placement carrière-été de DRHC, de 22 tuteurs qui ont donné 10 semaines de tutorat individuel à 600 enfants d'âge de l'école élémentaire identifiés comme présentant des difficultés de lecture. Au nombre des autres partenaires se trouvaient le ministère de l'Éducation, le Bureau de développement communautaire, les commissions scolaires et les bibliothèques.

Le Secrétariat des initiatives de littératie a préparé et donné deux ateliers d'une journée aux jeunes filles enceintes et aux jeunes parents, à Charlottetown et à Summerside. L'atelier intitulé **Célébrons nos enfants** comportait un modèle fondé sur les actifs consistant à montrer aux jeunes femmes comment augmenter leur littératie dans leurs activités de tous les jours.

Les parents de la région Évangéline ont pris part à une série d'**Ateliers destinés aux familles francophones** portant sur divers sujets tels que la lecture à voix haute, la lecture partagée, les jeux de lettres et de mots, le langage est la base, l'écriture, la lecture et l'écriture dans la vie de tous les jours et l'aide avec les devoirs.

Le Bureau de développement communautaire qui se trouve au ministère du Développement et de la Technologie travaille en étroite collaboration avec les communautés de l'Île afin de les aider à réaliser leurs projets. Un de ces projets est le **Projet de parc patrimonial de la communauté de Fort Augustus**. Une association de 13 groupes de services (comprenant, entre autres, les 4-H et *Allied Youth*) de la région de Fort Augustus a formé un comité de gestion afin de sonder l'opinion des élèves des écoles et des maternelles sur les activités qu'ils aimeraient retrouver dans leur communauté.

Le programme **Familles et écoles réunies** (FÉR) est un nouveau programme de prévention et d'engagement des parents, d'une durée de deux ans, qui est offert par le Bureau des services aux familles catholiques. Le programme vient en aide aux enfants de cinq à neuf ans qui éprouvent des problèmes scolaires et de comportement. FÉR fournit l'occasion aux parents et à leurs enfants de passer du temps de qualité ensemble, de se divertir ensemble et de participer plus pleinement à vie de leur communauté locale. Il s'agit d'aider les enfants à réussir.

Le **Projet L.O.V.E. (Laissons les aînés bénévoles participer à l'éducation)** se charge de trouver des bénévoles âgés ou retraités afin d'aider les élèves des écoles à lire et à développer d'autres habiletés scolaires. Les bénévoles travaillent auprès des élèves de l'élémentaire dans plus de la moitié des écoles de l'Î.-P.-É. En général, il font du bénévolat une demi-journée par semaine et se concentrent sur un élève à la fois ou sur un petit groupe d'élèves.

Toutes les écoles élémentaires anglaises de la province participent maintenant à la première phase de mise en place de ***Reading Recovery***, un programme d'intervention précoce efficace conçu pour réduire le nombre d'enfants éprouvant des difficultés de littératie dans les écoles au moyen d'une série de leçons individuelles enseignées chaque jour en plus de l'enseignement en classe.

Objectif : **Tous les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard profiteront de l'appartenance et de la responsabilité sociale.**

Les jeunes enfants recevront de l'aide pour créer des liens stables avec des adultes qui offrent du soutien, notamment des relations de soutien fortes à l'intérieur et à l'extérieur de leurs familles. Tous les enfants seront encouragés à développer une compréhension des droits et des obligations rattachées à l'appartenance à une vaste communauté, et à comprendre les conséquences personnelles et sociales de leurs choix.

On met l'accent de plus en plus sur l'**éducation autochtone au cours des premières années d'études**. Le programme d'études sociales de première année a été réécrit, et maintenant, il comprend l'apprentissage et la compréhension des peuples et de la culture autochtones au Canada atlantique. On a préparé et fait circuler une liste de conférenciers pour aider les écoles de l'Île à comprendre la culture et la spiritualité autochtones.

Le ministère de l'Éducation a adopté une **Politique de l'adaptation scolaire**. Celle-ci appuie un ensemble de services visant à aider les enfants présentant des besoins d'adaptation scolaire dans leur apprentissage, et la politique est fondée sur une philosophie d'inclusion.

Au moyen du **développement et du soutien du programme de maternelle** continus du ministère de l'Éducation, les éducateurs de la petite enfance travaillant dans les maternelles reçoivent une formation sur les programmes d'études en arts du langage et en mathématiques. Les conseillers de la maternelle fournissent de l'aide sur place et des réunions de groupe pour les éducateurs et les directeurs-propriétaires, tant dans les programmes anglais que français.

La **Fédération des parents de l'Île-du-Prince-Édouard** a produit un guide intitulé « Guide de la mise sur pied d'un service de garde » dans le but de mettre en place un réseau de centres de jour pour la petite enfance partout à l'Île. Aucune région francophone de l'Î.-P.-É., sauf Charlottetown, ne bénéficiait de tels services.

Le programme **Aux racines de l'empathie** a été mis en place par l'intermédiaire d'animateurs formés qui enseignent le développement des tout-petits et s'occupent de faire croitre l'empathie chez les élèves. Durant une période de neuf mois, les enfants ont l'occasion d'observer le développement du bébé et d'être témoins de la relation parents-enfants. L'animateur se présente en classe trois fois par mois, accompagné en une occasion d'un bébé et de la famille. Le programme apporte des messages portant sur la tolérance et la diversité. Il renseigne sur les troubles psychoaffectifs et encourage à cultiver la compassion et l'esprit d'équipe dans la classe, et enseigne également aux enfants à comprendre et à reconnaitre les gestes du bébé, à comprendre son tempérament et à se mettre dans la peau d'autrui.

Le **Programme d'aide aux handicapés de l'Î.-P.-É.** est conçu pour améliorer les mesures de soutien aux personnes handicapées, aider à supporter les coûts rattachés aux handicaps, et faire la promotion de l'accès équitable en dehors des programmes de soutien du revenu. Une des trois principales composantes du programme est axée sur les mesures de soutien aux enfants handicapés et l'intervention précoce. L'amélioration de l'aide aux enfants est axée sur l'intervention précoce visant à aider les enfants handicapés à surmonter les obstacles et à veiller à ce qu'ils participent pleinement à la société insulaire. Le programme est en vigueur dans toutes les régions de l'Île et il offre une aide pour les soins personnels, une thérapie d'intervention précoce et une aide aux enfants d'âge préscolaire atteints d'autisme et de troubles apparentés.

Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation ont élaboré une **Stratégie intégrée visant l'autisme** afin de veiller à ce que des ressources humaines et financières soient consacrées à aider les personnes atteintes d'autisme et de troubles apparentés (ATA) et leurs familles d'une manière planifiée et organisée. Les thérapeutes provinciaux s'occupant d'autisme travaillent avec les parents, la Société de l'autisme de l'Î.-P.-É., la communauté médicale et d'autres partenaires afin de fournir des interventions précoces auprès des personnes atteintes d'ATA.

Le traitement de l'ATA exige l'intégration d'un certain nombre de services, notamment, des services médicaux, familiaux, des programmes préscolaires, la formation de travailleurs à domicile, la formation des parents et des thérapeutes tels que les orthophonistes et les ergothérapeutes. Les plans de traitement individuel s'inspirent des programmes de développement. Les méthodes d'enseignement s'appuient sur le modèle de traitement par analyse du comportement appliquée. Les plans de traitement sont appuyés par une formation du personnel et des parents, par un spécialiste de l'intervention en autisme et par des services de soutien pédiatrique, psychologique et thérapeutique.

Plus de 20 séances de formation ont été données au personnel scolaire, administratif, aux employés du Syndicat canadien de la fonction publique et aux parents afin d'appuyer leur travail auprès des enfants atteints d'ATA. Les écoles et les familles intéressées à en apprendre davantage à propos de l'ATA et des stratégies d'enseignement efficaces peuvent maintenant emprunter des trousses d'information et des documents portant sur les programmes d'étude et l'évaluation.

Le programme **Pratiques parentales positives à partir de deux maisons** est conçu pour les parents séparés ou exerçant le rôle de parent à partir de deux maisons et qui veulent éviter que leurs enfants soient pris dans un conflit parental. Certains des sujets discutés dans les séances comprennent : le rôle des parents positifs, les autres personnes dans la vie des enfants, la peine des enfants, les besoins des enfants et les âges et stades de développement.

Durant chaque année scolaire, la GRC entre en contact avec toutes les écoles relevant de sa juridiction par l'intermédiaire du **Programme de liaison de la GRC avec les écoles**. Un officier de la GRC est assigné à chaque école élémentaire et secondaire, lequel, durant l'année scolaire, vient en classe, fait des exposés et participe aux activités de l'école.

Les événements et les initiatives décrites dans les Faits marquants de l'année 2001-2002, et les sections portant sur la Poursuite de nos objectifs dans le présent rapport annuel ne représentent que quelques exemples des nombreuses activités valables, tant formelles qu'informelles, qui se déroulent chaque jour pour les enfants de l'Î.-P.-É. Toutes ces activités contribuent à améliorer les résultats chez les enfants.

Surveillance du bien-être des enfants de l'Î.-P.-É.

« [trad.] Les premières années de la vie sont essentielles dans le développement et le futur bien-être de l'enfant; elles mettent en place les bases de la compétence et des habiletés d'adaptation qui auront des conséquences sur l'apprentissage, le comportement et la santé. »[1] Mais de quoi est formé le bi etre d'un enfant?

Une des formules couramment utilisée pour définir le bien-être comprend un ensemble de cinq « domaines » du bien-être de l'enfant :

- **la santé physique et le développement moteur** (l'état général de santé et la motricité globale de l'enfant);
- **la santé affective** (l'estime de soi, les habiletés d'adaptation et le bien-être affectif de l'enfant dans son ensemble);
- **les connaissances et les compétences sociales** (la manière de se comporter de l'enfant et sa capacité de communiquer ses sentiments et ses mobiles);
- **l'apprentissage cognitif** (les façons qu'a l'enfant de capter, d'organiser et d'analyser l'information fournie par son environnement social et physique;
- **le langage et la communication** (l'aptitude de l'enfant à communiquer).

Comme nous l'avons indiqué dans les sections précédentes, la Stratégie de développement de l'enfant en santé de l'Î.-P.-É. est centrée sur quatre groupes d'objectifs précis pour les enfants – la protection et la sécurité, la bonne santé, le succès à l'apprentissage et l'engagement social et la responsabilité. Afin de préciser si la stratégie atteint ces objectifs, nous devons comprendre quelles composantes, ou « domaines », du développement de l'enfant indiquent le succès dans chacun des groupes d'objectifs. Une fois que ces « indicateurs » sont définis, nous devons ensuite commencer à mesurer la réussite des enfants de l'Île par rapport à chacune des mesures de l'indicateur. Les mesures de départ établiront des données de référence qui permettront de surveiller ces indicateurs au cours des années futures. La surveillance permettra de voir si on fait des progrès.

Qu'est-ce qui agit sur le bien-être de l'enfant?

L'enfant est formé par son petit univers, et plusieurs environnements ont un effet sur son développement. Il est généralement reconnu que « [trad.] les enfants en santé se manifestent le plus souvent dans les familles en santé et, à leur tour, les familles en santé sont le fruit des communautés en santé. »[2] La compréhension des facteurs clés qui influencent le développement de l'enfant peuvent aider la société à poser des choix qui créent des environnements plus favorables aux enfants et stimulent leur développement.

Une des valeurs de base qui ont orienté le travail d'élaboration de la Stratégie de développement de l'enfant en santé est que les enfants sont notre priorité et que les parents sont le fondement sur lequel la stratégie est établie.

Les parents assument la responsabilité principale de leurs enfants, et tous les Insulaires se partagent la responsabilité d'aider les parents

Nous croyons que les familles exercent une des influences les plus importantes sur le bien-être des enfants. Les parents sont le principal soutien des enfants et ils jouent un rôle essentiel dans le façonnement à la fois physique et mental de l'enfant.

Chaque enfant naît avec un ensemble particulier de caractéristiques héritées de ses parents, lesquelles peuvent avoir une influence sur les cinq domaines. Le bagage héréditaire peut fournir tant des facteurs de protection que de risque, et leurs effets peuvent souvent être modifiés par d'autres influences environnementales.

Les familles sont façonnées par les environnements physique et communautaire dans lesquels elles vivent. Les communautés fournissent l'infrastructure de base de la vie familiale, notamment l'habitation familiale, l'éducation et l'emploi. L'environnement physique peut exercer une grande influence sur le développement et le bien-être de l'enfant, et les recherches commencent à apporter des preuves que le fait de grandir dans une communauté dont le niveau de cohésion, de stabilité et d'appuis sociaux est élevé sera responsable du développement d'un enfant en santé.

Comment peut-on mesurer le bien-être d'un enfant?

Bien qu'il soit impossible à l'heure actuelle de mesurer tous les aspects du bien-être de l'enfant ainsi que les facteurs influençant le bien-être, on a réalisé d'immenses progrès au cours des dernières années en augmentant la cueillette des données dans ce domaine. Une des sources de renseignements les plus importantes est les données de recherche recueillies au moyen de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) qui est conçue pour améliorer notre connaissance des enfants au Canada, et en particulier les jeunes enfants. (Voir l'annexe 2 pour en savoir davantage sur l'ELNEJ.)

En plus de l'ELNEJ, il existe d'autres sources nationales de renseignements sur les jeunes enfants. Le registre des statistiques de l'état civil, en particulier, est une source de renseignements valable sur la santé physique des jeunes enfants. Le recensement est une autre source de renseignements sur les jeunes enfants et leurs familles. Deux enquêtes post-censitaires, l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités[3], et et la composante des enfants de l'Enquête auprès des peuples autochtones[4] seront probablement les sources de renseignements à l'avenir.

Le Programme de soins génésiques de l'Î.-P.-É. recueille des renseignements et fait rapport sur les mères et les nourrissons durant les périodes prénatale et postnatale. Ce programme permet également de se procurer des données supplémentaires sur les indicateurs telles que le nombre d'enfants qui allaitent au sein dès leur sortie de l'hôpital.

De plus, le programme de recherche « Comprendre les premières années » fournit également des données provinciales précises sur l'Î.-P.-É. Ce programme, coordonné par l'Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É., se penche sur le développement dans les cinq domaines de bien-être de l'enfant. Les enseignantes et enseignants de maternelle utilisent l'instrument de mesure du développement des tout-petits (IDTP) durant le milieu de l'année de maternelle pour mesurer la capacité d'apprentissage des enfants.

Que rapporte l'Î.-P.-É. sur le développement des jeunes enfants?

Depuis un certain nombre d'années, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada travaillent ensemble et avec les communautés à l'amélioration du bien-être des enfants. Les gouvernements ont reconnu l'importance de surveiller et de faire rapport régulièrement sur l'état du bien-être des jeunes enfants comme des moyens d'élaborer des politiques réfléchies et d'améliorer la sensibilisation et la compréhension de la population. Dans leur communiqué de septembre 2000 sur le développement des tout-petits, les premiers ministres se sont engagés « *[trad.] à faire régulièrement des rapports publics sur les indicateurs de résultats du bien-être des enfants au moyen d'un ensemble d'indicateurs communs convenus... reliés aux objectifs démontrés en matière de développement de la petite enfance.* »

---

[3] La première publication de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités doit apparaitre en décembre 2002.

[4] La publication initiale de l'Enquête auprès des peuples autochtones est prévue pour le mois de septembre 2003. La première phase de collecte des données s'est effectuée entre les mois d'octobre et de décembre 2001. La deuxième phase est en cours.

En précisant les indicateurs sur lesquels faire rapport, les gouvernements ont tenté de tenir compte des cinq domaines de bien-être de manière à fournir une image aussi complète que possible du bien-être de l'enfant. Ils ont examiné les indicateurs reconnus, tant ici qu'à l'étranger, comme étant les principaux indicateurs du bien-être de l'enfant, tout en demeurant conscients des données dont on peut disposer aux niveaux national, provincial et territorial au Canada.

Au nombre des considérations, on a également mentionné la nécessité de s'assurer que le public comprenne le sens des indicateurs, que ceux-ci améliorent la connaissance du bien-être de l'enfant, sans se substituer aux rapports déjà faits par d'autres (organismes non gouvernementaux et chercheurs). Des experts ont été consultés afin de veiller à ce que les indicateurs sélectionnés soient raisonnables et choisis selon une méthode efficace. Les renseignements dévoilés comprendront également les indicateurs particuliers de l'Î.-P.-É. qui ont été extraits de nos sources de données provinciales telles que décrites ci-dessus.

La liste des indicateurs communs convenus par les provinces et les territoires comme devant faire partie du rapport apparaît ci-dessous :

1. Santé physique :
   - Taux de naissances avant terme
   - Poids-santé à la naissance
   - Immunisation selon le secteur de la santé
   - Taux de mortalité infantile
   - Allaitement au sein

2. Sécurité et protection :
   - Taux d'accident avec blessures mortelles
   - Taux d'hospitalisation avec blessures

3. Développement des tout-petits (comprend le développement social et affectif) :
   - Santé physique et développement moteur
   - Santé affective
     - Problèmes affectifs et angoisse
     - Hyperactivité
   - Connaissances et compétences sociales
     - Agression physique, manière de se comporter
   - Comportement à caractère sociable
   - Capacités langagières

4. Indicateurs liés à la famille
   - Éducation parentale
   - Niveau de revenu
   - Santé parentale
     - Dépression des parents
     - Tabagisme durant la grossesse
   - Fonctionnement de la famille
   - Pratiques parentales positives
   - Lecture par un adulte

5. Communauté
   - Satisfaction, sécurité et cohésion du voisinage

La Stratégie de développement des enfants en santé de l'Î.-P.-É. est axée sur les enfants, de la période prénatale jusqu'aux premières années scolaires. À l'heure actuelle, on ne dispose pas de données fiables (recueillies sur une base régulière et de la même manière) rapidement et facilement utilisables dans le cas des enfants de ces groupes d'âge. En général, les données sont rapportées pour les enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans, et de l'âge de six ans à l'âge de douze ans. Le présent rapport fournit des indicateurs de bien-être pour la population d'enfants comprise dans la fourchette de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans (à moins d'indication contraire).

Indicateurs – Résumé du Conseil du premier ministre

Il est très encourageant de voir que les enfants de l'Î.-P.-É. réussissent très bien, pour la plupart, et que leurs taux de réussite n'ont rien à envier aux taux canadiens. En particulier, nous attirons votre attention sur les indicateurs suivants qui sont présentés dans le présent rapport :

- La santé physique des enfants de l'Î.-P.-É. se compare à la santé des enfants de partout au Canada.
- Si l'incidence de l'insuffisance de poids à la naissance est faible à l'Î.-P.-É., celle du poids élevé à la naissance est forte.
- Les taux d'allaitement au sein sont moins élevés que les taux nationaux. Toutefois, le Conseil note une amélioration graduelle de la prévalence de l'allaitement au sein au cours des dernières années, et constate que la Coalition en faveur de l'allaitement au sein à l'Î.-P.-É., l'hôpital du comté de Prince et les centres de ressources pour les familles (avec leurs programmes de nutrition prénatale) jouent une rôle de chef de file.
- À l'Î.-P.-É., on remarque également que l'incidence des maladies d'enfance évitables par la vaccination est faible. Les membres du Conseil ont remarqué qu'un fort pourcentage d'enfants de l'Î.-P.-É. reçoivent leurs vaccins, et ils applaudissent les efforts des parents et des infirmières de la santé publique dans ce domaine.
- Les taux d'hospitalisation en raison des blessures à l'Î.-P.-É. se comparent aux taux nationaux.
- Le niveau d'études des mères de l'Île est comparable aux niveaux nationaux, mais le taux de pères sans diplôme d'études secondaires est supérieure à la moyenne nationale.
- Les familles remplissent bien leur rôle, et les parents de l'Île interagissent bien avec leurs enfants.
- Une forte proportion d'enfants de l'Île se fait faire la lecture quotidiennement par un adulte.
- Les niveaux de dépression des parents sont relativement bas.

Santé physique

Poids-santé à la naissance

La seule grande préoccupation en matière de santé durant la période prénatale est la prévention du faible poids à la naissance.

(Conseil national du bien-être social, 1997.)

Nous savons que le faible poids à la naissance est associé à environ 75 pour cent de la mortalité infantile et que c'est la cause fondamentale de maladie chez les bébés et les jeunes enfants.

Le **faible poids à la naissance** peut causer des invalidités de longue durée entrainant de multiples besoins de physiothérapie, d'orthophonie, d'équipement spécialisé, d'enseignement spécialisé et d'autres services coûteux. Le Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse rapporte que le coût des soins pour les deux premières années de vie de chaque bébé de faible poids peut atteindre 200 000 $.

Il est clair qu'une grossesse en santé contribue à ce qu'un enfant naisse à terme, sans complications, de poids souhaitable, dont le développement du cerveau est sain. Les femmes en santé ont plus de chance de mettre au monde des bébés en santé. Certaines des influences sur la santé de la mère sont environnementales telles que le niveau de revenu, la nutrition, les appuis sociaux et la sécurité à la maison ainsi que dans le milieu de travail.

Un taux peu élevé de bébés de faible poids à la naissance est un bon signe habituel de nourrissons en santé. Parmi les pays développés, on considère qu'un taux de faible poids inférieur à 5,0 est bon.

(CD-ROM de données sur la santé de l'OCDE, 2001.)

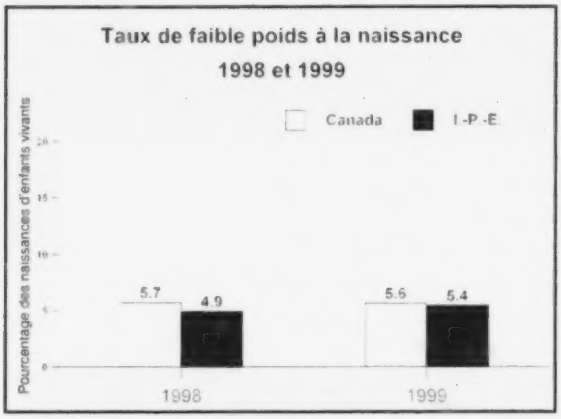
Toutefois, d'autres influences sont décidées par les choix de styles de vie et comprennent des variables du comportement telles que le tabagisme, la consommation d'alcool ainsi que la consommation des médicaments de prescription et des médicaments en vente libre. Les soins prénataux appropriés sont également un déterminant de la naissance d'un bébé en santé, et comprennent des composantes telles que l'évaluation précoce et continuelle de la mère et du fœtus, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, la prestation d'aide médicale, économique et psycho-sociale, au besoin, ainsi que le suivi constant.

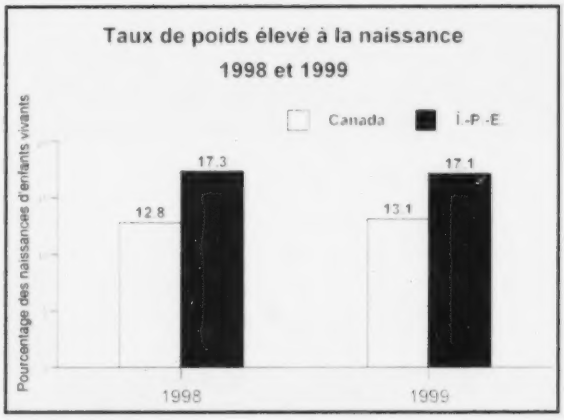
Par contre, le **poids élevé à la naissance** peut présenter un autre ensemble de risques pour le nouveau-né. En effet, chez les bébés dont le poids est élevé à la naissance, le potentiel de complications, tant pour la mère que l'enfant, est plus élevé durant l'accouchement. Pour la mère, le long travail et le risque élevé de traumatisme du canal génital sont des conséquences possibles. L'augmentation de l'incidence des césariennes qui présentent un ensemble de facteurs de risque a également été associée au poids élevé à la naissance.

Pour le bébé, un poids élevé à la naissance signifie un plus grand risque d'asphyxie, de fractures déprimées, d'hématomes et de saignements de la tête. Les blessures résultant d'une présentation difficile de l'épaule à la naissance comprennent les fractures de la clavicule ainsi que la paralysie de l'épaule et du visage. Pour les bébés nés de mères diabétiques, le risque futur d'hypoglycémie est plus élevé. Les bébés de poids élevé à la naissance peuvent présenter de pauvres habiletés motrices et plus de difficultés à régler leur comportement. Ils peuvent également avoir tendance à être plus difficiles à réveiller, à éprouver des difficultés d'alimentation et à avoir des problèmes à maintenir un niveau tranquille de vigilance.

La naissance de bébés à poids élevé tient à de multiples raisons. Les recherches ont montré que l'état pathologique le plus connu est le diabète maternel; toutefois, seul un petit pourcentage de bébés à poids élevé naissent de mères diabétiques. Les autres raisons associées au poids élevé à la naissance sont la tendance des mères corpulentes à mettre au monde de plus gros bébés, et les femmes qui ont déjà vécu plus d'une grossesse sont plus susceptibles d'avoir un bébé pesant plus de neuf livres ou 4 000 grammes.

Pour les années 1998 et 1999, l'Î.-P.-É. a un taux de faible poids à la naissance semblable à la moyenne canadienne. Néanmoins, les taux de poids élevé à la naissance sont supérieurs à la moyenne canadienne.





Source : Base canadienne de statistiques de l'état civil (Statistique Canada)
Note : Dans les taux de faible poids à la naissance, les poids de < 500 gr sont inclus.

Exclusions : Naissances dont le poids du bébé à la naissance est inconnu; naissances de résidents étrangers.

Le faible poids à la naissance est rapporté comme le pourcentage des naissances d'enfants vivants pesant moins de 2 500 g ou 5 lb 8 oz.

Le taux de poids élevé à la naissance est le pourcentage de naissances d'enfants vivants dont le poids est supérieur à 4 000 g (un peu moins de 9 lb).

Les données fournies ici couvrent les années 1998 et 1999, lesquelles présentent la même période de référence que les données du 3e cycle de l'ELNEJ pour les années 1998 et 1999 pour plusieurs autres indicateurs du bien-être de l'enfant.

Le faible poids à la naissance et le poids élevé à la naissance sont deux des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

À l'Î.-P.-É., les infirmières de la santé publique sont responsables de vacciner les enfants qui reçoivent leurs vaccins aux âges de deux, quatre, six, 12 et 15 mois.

L'immunisation des enfants est mesurée ici par l'incidence (taux de nouveaux cas par année) des trois maladies de l'enfance qui sont évitables au moyen des programmes d'immunisation appropriés : la méningococcie invasive, la rougeole et l'hémophilus influenzae de type B (HIB).

i) L'incidence de la méningococcie
On peut maintenant se procurer une nouvelle génération de vaccins très efficaces contre cette maladie, lesquels peuvent être donnés à des enfants aussi jeunes que deux mois. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande trois doses de ce vaccin aux âges de deux, quatre et six mois à titre d'immunisation systématique. La plupart des cas de méningococcie se manifestent dans le groupe d'âge situé entre 0 et 19 ans, et les programmes d'immunisation sont en général axés sur ce groupe. Avec le temps, l'incidence de cette maladie pourrait beaucoup diminuer.

L'Î.-P.-É., comme la plupart des autres juridictions au Canada, ne donne pas ce vaccin de façon routinière, selon les recommandations du CCNI. L'Î.-P.-É. le donne aux personnes présentant un risque d'infection accru en raison d'une splénectomie ou d'une immunodéficience équivalente.

ii) L'incidence de la rougeole
L'Organisation panaméricaine de la santé a approuvé l'objectif d'élimination de la rougeole comme l'ont fait toutes les provinces et territoires. Deux doses de vaccin contre la rougeole sont nécessaires pour une protection complète; la première dose est donnée à l'âge de 12 mois et la seconde à l'âge de 18 mois, entre les âges de quatre et six ans ou encore avant l'entrée à l'école. L'Î.-P.-É. a adopté un programme d'immunisation, notamment la seconde dose pour la rougeole, en 1997.

iii) L'hémophilus influenzae de type B (HIB) (invasive)
L'hémophilus influenzae de type B invasive était la forme la plus commune de méningite bactérienne et une cause principale d'autres infections invasives sérieuses chez les enfants avant l'apparition des vaccins contre le HIB. Les cas inévitables par vaccination sont rares maintenant. On donne quatre doses de ce vaccin en combinaison avec celui contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la polio, avant l'âge de deux ans. L'Î.-P.-É. a adopté ce calendrier de quatre doses de vaccin en 1992.

Par comparaison au Canada, le taux d'incidence à l'Î.-P.-É. de ces trois maladies infantiles évitables par vaccination est très faible. En 1998 et en 1999, l'Î.-P.-É. n'a pas eu de cas de rougeole, de méningococcie invasive ou de HIB. En effet, l'Î.-P.-É. n'a pas eu de cas de rougeole rapporté pour les enfants de cinq ans et moins au cours de la période de 10 ans couvrant les années 1990 à 1999, et seulement quatre cas de HIB ont été rapportés au cours de la même période.

Les taux d'incidence de la rougeole, de la méningococcie et de la HIB invasive, en 1998 et 1999, par 100 000 enfants de cinq ans et moins.

		1998	1999
Rougeole	Canada	0.3	0.5
	Î.-P.-É.	0	0
Méningococcie invasive	Canada	0.4	0.5
	Î.-P.-É.	0	0
HIB invasive	Canada	0.8	0.8
	Î.-P.-É.	0	0

Source : Division de l'immunisation et des maladies respiratoires, Santé Canada.

L'incidence de méningococcie est rapportée comme le taux de nouveaux cas par année par 100 000 enfants de cinq ans et moins.

L'incidence de la rougeole est rapportée comme le taux de nouveaux cas rapportés par année par 100 000 enfants de cinq ans et moins.

L'incidence de l'HIB est rapportée comme le taux de nouveaux cas rapportés par année par 100 000 enfants de cinq ans et moins.

L'immunisation est un des 11 indicateurs communs et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

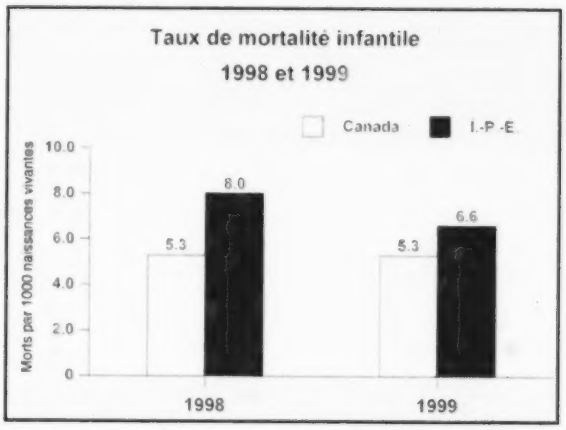
Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est une mesure reconnue de la santé de l'enfant aussi bien que du bien-être d'une société. Il reflète l'efficacité des soins médicaux, des soins préventifs et de l'attention portée à la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que des facteurs sociaux plus généraux tels que l'éducation maternelle, le tabagisme et les privations. Le faible poids à la naissance au Canada est le cause principale de mortalité infantile. Parmi les pays développés, un taux de mortalité infantile de moins de 4,0 par 1 000 est jugé très bon. Seuls le Japon et l'Islande avaient atteint de tels taux en 1996.

La **mortalité infantile** est rapportée comme le nombre d'enfants qui meurent au cours de la première année de vie par 1 000 naissances d'enfant vivant.

En 1998 et en 1999, les taux de mortalité de l'Î.-P.-É. étaient un peu plus élevés que ceux de la moyenne canadienne. Cela ne révèle ni un « problème » ni une tendance à long terme. La petite taille de l'échantillon de l'Î.-P.-É. signifie que quelques cas en plus ou en moins peuvent se traduire par de larges fluctuations d'année en année au-delà ou en deçà de la moyenne nationale et en conséquence devrait être interprété avec prudence.

Le taux moyen de l'Î.-P.-É. sur six ans (de 1994 à 1999), 5,7 par 1 000, était le même que le taux moyen canadien sur six ans. Également, au cours des deux décennies antérieures à 1999, les taux, tant de l'Î.-P.-É. que du Canada, ont diminué considérablement.



Source : Statistiques canadiennes sur l'état civil - Base de données des naissances (Statistique Canada).
Exclusions : Naissances dont l'âge gestationnel est inconnu et âge gestationnel inférieur à 20 semaines; naissances de résidents étrangers.

Les données fournies ici sont applicables aux années 1998 et 1999. Elles présentent le même bloc de temps que les données du 3e cycle de l'ELNEJ de 1998/1999 pour plusieurs des autres indicateurs du bien-être de l'enfant.

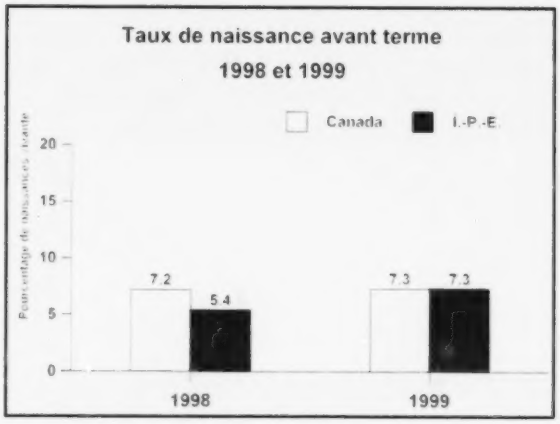
La mortalité infantile est un des 11 indicateurs communs et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

Taux de naissance avant terme

Une naissance avant terme ou prématurée survient lorsqu'un bébé naît avant le temps normal de la naissance. Les naissances avant terme peuvent provoquer des problèmes respiratoires chez les enfants et diverses infections ainsi que des troubles neurologiques du développement chez le bébé. Entre 75 et 85 pour cent de toutes les mortalités prénatales sont le résultat de naissances avant terme.

Le taux de naissance avant terme pour l'Î.-P.-É. est semblable à la moyenne canadienne.

Le taux de naissance avant terme est le pourcentage de naissances vivantes dont l'âge gestationnel à la naissance est inférieur à 37 semaines accomplies (moins de 259 jours).



Source : Statistiques canadiennes sur l'état civil - Mortalité, liste sommaire des causes (Statistique Canada).
Exclusions : Naissances de résidents étrangers.

Allaitement au sein

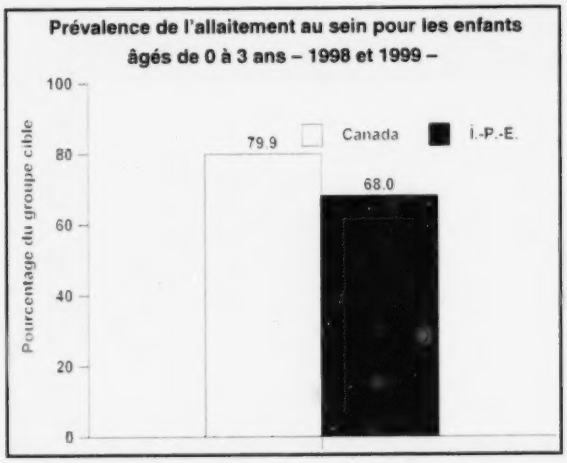
L'allaitement au sein est une source de nutrition idéale pour les bébés. Le lait maternel contient des immunoglobulines et des anticorps qui combattent les infections de sorte que les bébés nourris au sein ont moins de maladies d'enfance telles que les infections respiratoires, l'asthme et l'eczéma ainsi que les allergies alimentaires. Le lait maternel protège les bébés contre les infections gastro-intestinales et respiratoires, et contre les infections de l'oreille moyenne (otites moyennes).

Pour la mère, l'allaitement au sein est associé à une diminution des risques de pertes sanguines post-partum, à une amélioration de la reminéralisation osseuse post-partum et à une diminution des risques de cancer de l'ovaire. Le fait même d'allaiter au sein favorise le lien mère-enfant qui est important pour la relation future entre la mère et son enfant.

La Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada recommandent d'allaiter exclusivement au sein durant au moins les quatre premiers mois de vie et de continuer à le faire en donnant des aliments complémentaires jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.[5]

A. Prévalence de l'allaitement au sein

En 1998 et en 1999, la prévalence de l'allaitement au sein rapporté pour l'Î.-P.-É. se situait sous la moyenne canadienne.



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

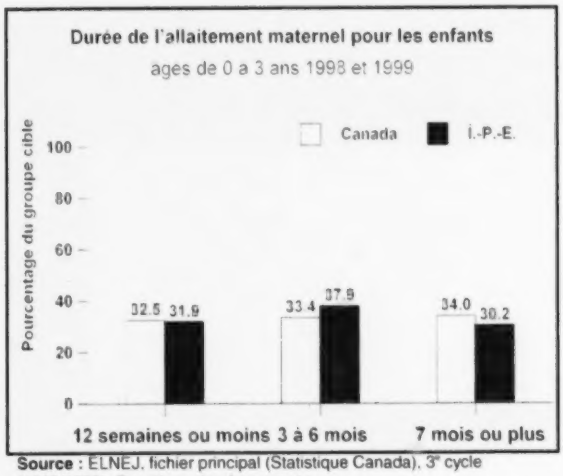
La prévalence de l'allaitement au sein est mesurée comme la proportion d'enfants, de la naissance à l'âge de trois ans, qui ont déjà été nourris au sein.

[5] La Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa, 1998.

B. Durée de l'allaitement au sein

L'Organisation mondiale de la Santé et le Comité canadien pour l'allaitement recommandent six mois ou plus comme période idéale d'allaitement au sein. Les taux de durée d'allaitement au sein rapportés à l'Î.-P.-É. sont semblables aux taux canadiens. Toutefois, seuls environ un tiers des tout-petits sont allaités au sein durant une période dépassant six mois.

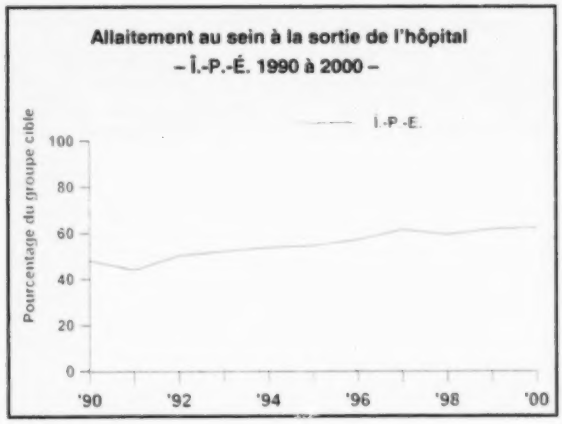
La durée de l'allaitement au sein indique la période de temps durant laquelle les enfants sont allaités au sein entre la naissance et l'âge de trois ans.



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

C. Allaitement au sein à la sortie de l'hôpital

En dépit du faible taux de prévalence de l'allaitement au sein à l'Î.-P.-É., celui-ci s'est amélioré constamment. Le graphique de tendance temporelle indique que depuis 1990, il y a eu une augmentation constante du nombre de mères allaitant au sein.



Source: Programme de soins génésiques de l'Î.-P.-É.

Protection et sécurité

Chaque année, les blessures tuent plus d'enfants et de jeunes âgés de plus d'un an que toutes les autres causes de décès réunies. Pour chaque décès relié aux blessures, 45 personnes sont admises à un hôpital et on évalue à 1 300 le nombre de visites aux salles d'urgence à travers le pays. Pourtant, on estime que plus de 90 pour cent de ces blessures sont prévisibles et évitables.

Santé Canada rapporte que les blessures résultant de chutes durant l'enfance coûtent 630 millions de dollars aux Canadiens chaque année. Il s'agit de chutes qui peuvent être évitées en modifiant la structure des terrains de jeux, en ciblant les risques à la maison et en enseignant simplement aux enfants comment tomber. Si ces types de stratégie de prévention réduisaient l'incidence des chutes de 20 pour cent pour les enfants de la naissance à l'âge de neuf ans, il y aurait 1 500 hospitalisations de moins, 13 000 blessures de moins ne nécessitant pas d'hospitalisation et 54 blessures de moins entrainant des incapacités permanentes. Les épargnes nettes pourraient atteindre 126 millions de dollars chaque année.

Les taux de blessures subies par les enfants de la naissance à l'âge de cinq ans, et qui résultent en décès ou en hospitalisation, sont rapportés ici comme les indicateurs de la protection et de la sécurité de l'enfant. Il existe six types de blessures : collisions routières entre des véhicules moteurs (CRVM), chutes, autres blessures non intentionnelles, blessures auto-infligées, agressions, autres blessures non comprises dans les catégories précédentes.

Dans le domaine de la protection et de la sécurité, nous rapportons le **taux de mortalité par blessure** et le **taux d'hospitalisation pour blessures**.

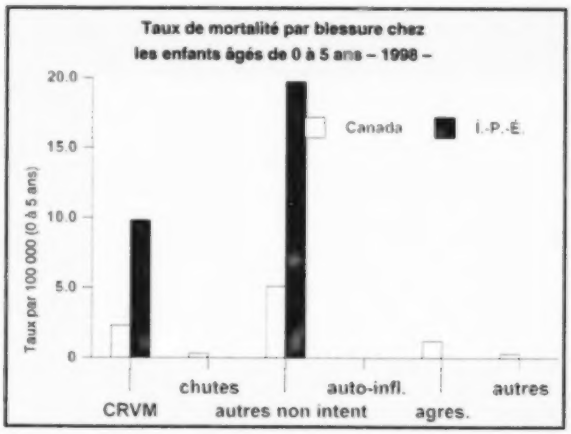
A. Taux de mortalité par blessure

Les taux de mortalité par blessure à l'Î.-P.-É. ressemblent aux taux nationaux. L'année 1998 est exceptionnelle en raison des collisions routières entre des véhicules moteurs (CRVM) et des autres blessures non intentionnelles qui se situaient bien au-delà du taux national.

Lorsqu'on interprète ces résultats, il faut noter que la taille de l'échantillon pour cet indicateur est très petite en raison de la très petite taille de la population de l'Î.-P.-É. C'est pourquoi même de petits nombres de cas peuvent causer des fluctuations, des variances assez grandes dans les taux de données rapportés d'année en année. Par exemple, le taux de CRVM pour l'année 1998, qui est de 9,8 par 100 000, est le résultat d'un décès et le taux de 19,7 pour les autres blessures non intentionnelles est le résultat de deux décès.

Le taux de mortalité par blessure est la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans qui meurent à la suite d'une blessure.

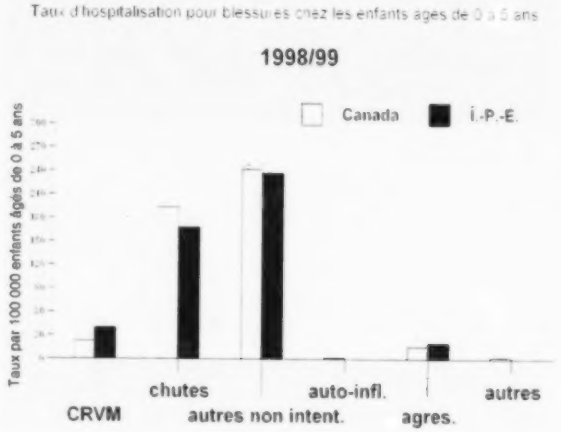
La mortalité infantile est un des 11 indicateurs communs et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

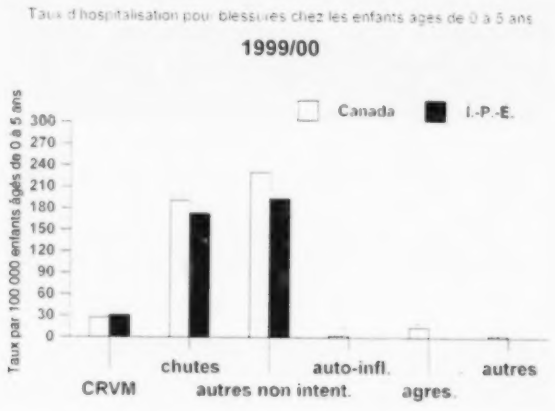


Source : Statistiques canadiennes sur l'état civil – Base de données sur la mortalité (Statistique Canada)
Exclusions : Résidents étrangers.

B. Taux d'hospitalisation pour blessures

Les taux d'hospitalisation pour blessures ressemblent aux taux nationaux, et la variation est minime entre 1998 et 1999. Il semble que les chutes et les autres blessures non intentionnelles soient les causes les plus communes d'hospitalisation en raison des blessures subies par les enfants entre la naissance et l'âge de 5 ans au Canada et à l'Î.-P.-É.





Source : Ces données sont gérées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – dossiers d'hôpital. Toutefois, elles demeurent la propriété des hôpitaux respectifs.

Le taux d'hospitalisation pour blessures est la proportion d'enfants, entre la naissance et l'âge de 5 ans, qui sont hospitalisés pour le traitement de blessures.

Développement des tout-petits

Les six indicateurs qui suivent fournissent certains renseignements sur une variété de facteurs qui révèlent comment l'enfant se développe sur les plans physique et affectif, et sur ceux du comportement et des connaissances. Ce sont les données de l'ELNEJ, 3e cycle (1998-1999) qui sont rapportées. Les données de l'ELNEJ sont recueillies de deux manières : au moyen d'une évaluation directe de l'enfant et par sondage auprès de la personne la mieux renseignée (PMR) qui est habituellement le parent ou le tuteur de l'enfant.

À la suite du présent rapport fondé sur les données de l'ELNEJ se trouve un rapport sur les résultats de la recherche menée dans l'Î.-P.-É. à l'aide de l'instrument de mesure du développement des tout-petits (IMDTP). Ce rapport traite des mesures de la « capacité d'apprentissage » des enfants de cinq ans, quelques mois après leur entrée dans un programme de maternelle. Les données sont rapportées afin de fournir des renseignements supplémentaires sur le développement des tout-petits, et elles ne sont pas censées être comparées avec les mesures de l'ELNEJ.

A. Santé physique et développement moteur

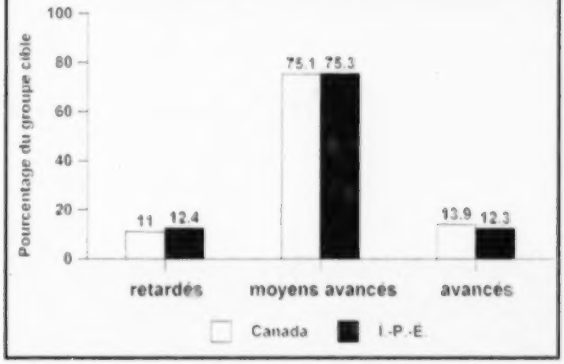
i) Développement moteur et social

Dans l'ELNEJ, l'échelle de développement moteur et social consiste en un ensemble de 15 questions qui mesurent les attributs du développement moteur, social et cognitif des jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans, et les questions varient selon l'âge de l'enfant. Les questions sont centrées sur les habiletés motrices telles que l'habileté d'un enfant à suivre le mouvement d'un objet avec ses yeux ou de se redresser sans aide. Du côté du développement social, on demandait à un enfant : « As-tu déjà souri à quelqu'un qui te parlait ou te souriait? À un enfant de près de trois ans, la question était : « T'es-tu déjà habillé toi-même sans aide, sauf pour lacer tes chaussures? »

Les données de l'ELNEJ sur le développement moteur et social sont rapportées comme le pourcentage des enfants, de la naissance à l'âge de trois ans dont les niveaux de développement dans ces domaines sont retardés, moyens ou avancés.

Résumé : La grande majorité des enfants de l'Île, de la naissance à l'âge de trois ans ont un niveau de développement moteur et social moyen. Seuls 12,4 pour cent des enfants étaient retardés. Ces résultats ressemblent à la moyenne canadienne.

Le développement moteur et social chez les enfants âgés de 0 à 3 ans– 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Les questions de l'ELNEJ sont posées à la personne la mieux renseignée (PMR) au sujet de l'enfant.

Le développement moteur et social est un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

B. Santé affective

Les échelles de comportement étudiées dans l'ELNEJ portent sur **les problèmes affectifs et l'angoisse, l'hyperactivité et l'inattention, l'agression physique et les troubles des conduite**. L'objectif de ces échelles est d'évaluer l'étendue de la présence et de l'absence de certains aspects du comportement de l'enfant.

Les indicateurs de santé affective fournissent des renseignements sur les taux d'enfants âgés de deux à cinq ans qui manifestent un comportement de cette nature. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de l'ELNEJ, 3e cycle (1998-1999) dont le sondage a été fait auprès de la personne la mieux renseignée (PMR) qui était en général le parent ou le gardien de l'enfant.

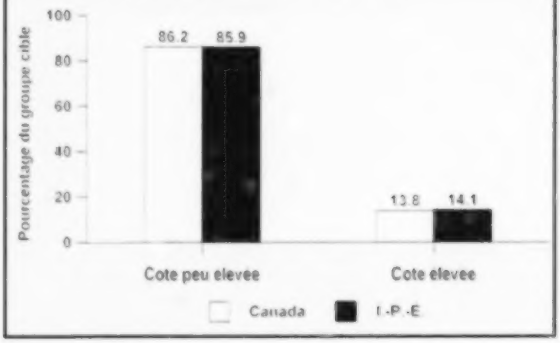
i) Problèmes affectifs et angoisse
Pour mesurer les problèmes affectifs et l'angoisse, on a demandé à la personne la mieux renseignée (PMR) combien de fois l'enfant a semblé malheureux ou déprimé, préoccupé, trop craintif, nerveux ou a éprouvé de la difficulté à s'amuser.

Les mesures de problèmes affectifs et/ou d'angoisse de l'ELNEJ sont rapportés comme un pourcentage d'enfants âgés de 2 à 5 ans qui présentent des niveaux peu élevés ou élevés de problèmes affectifs et/ou d'angoisse.

Résumé : Seulement 14,1 pour cent des enfants de l'Île âgés de deux à cinq ans présentaient des niveaux élevés de problèmes affectifs et/ou d'angoisse. Ces niveaux ressemblaient à la moyenne canadienne de 13,8 pour cent.

Les problèmes affectifs et l'angoisse sont un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

Cote des problèmes affectifs et d'angoisse des enfants âgés de 2 à 6 ans – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

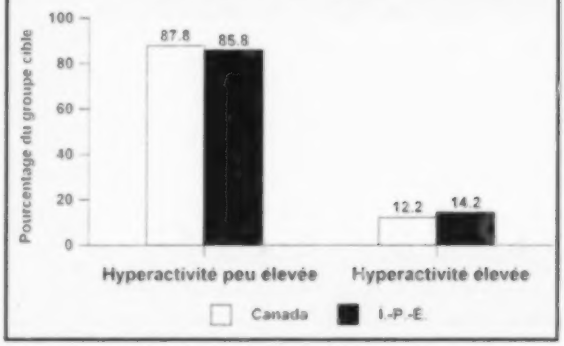
ii) Hyperactivité – Inattention
Pour mesurer l'hyperactivité - l'inattention, on a demandé à la personne la mieux renseignée (PMR) combien de fois l'enfant a été agité, distrait, impulsif, incapable de se concentrer, de s'asseoir tranquille ou de poursuivre une activité.

Les mesures d'hyperactivité – d'inattention de l'ELNEJ sont rapportées comme un pourcentage d'enfants âgés de deux à cinq ans dont le niveau d'hyperactivité et/ou d'inattention est peu élevé ou élevé.

Résumé : 14,2 pour cent des enfants de l'Île âgés de deux à cinq ans présentaient des niveaux élevés d'hyperactivité et/ou d'inattention. Ces niveaux ressemblaient à la moyenne canadienne de 12,2 pour cent.

L'hyperactivité et/ou l'inattention est un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

Hyperactivité et/ou inattention chez les enfants âgés de 2 à 6 ans– 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

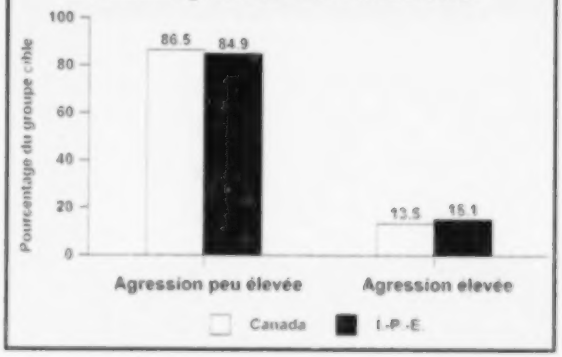
iii) Agression physique et trouble des conduites
Pour mesurer l'agression physique et le trouble des conduites, on a demandé à la personne la mieux renseignée (PMR) combien de fois l'enfant a été provocant, a eu des difficultés à attendre son tour dans les jeux ou en groupe, a manifesté une humeur belliqueuse, a donné des coups de pied, a mordu ou frappé d'autres enfants et, si une punition ne modifie pas son comportement.

Les mesures de l'agression physique et du trouble des conduites de l'ELNEJ sont rapportés comme un pourcentage d'enfants âgés de deux à cinq ans qui manifestent des niveaux peu élevés ou élevés d'agression physique, de trouble oppositionnel et/ou de trouble des conduites.

Résumé : 15,1 pour cent des enfants de l'Île âgés de deux à cinq ans manifestent des niveaux élevés d'agression physique, de trouble oppositionnel et/ou de trouble des conduites. Ces niveaux ressemblent à la moyenne canadienne de 13,5 pour cent.

L'agression physique et le trouble des conduites est un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

Cote d'agression physique et de trouble des conduites des enfants âgés de 2 à 5 ans – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

C. Connaissances et compétences sociales

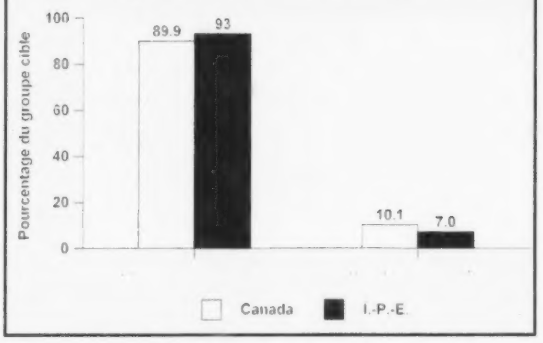
Les indicateurs de connaissances et des compétences sociales fournissent des renseignements sur les taux d'enfants âgés de deux à cinq ans qui manifestent un comportement prosocial. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de l'ELNEJ, 3e cycle (1998-1999) dont le sondage a été fait auprès de la personne la mieux renseignée (PMR) qui était en général le parent ou le gardien de l'enfant. Il ne s'agit pas de problèmes de comportement diagnostiqués par des professionnels.

i) Comportement prosocial
Pour mesurer le comportement prosocial, on a demandé à la personne la mieux renseignée (PMR) combien de fois l'enfant ira aider un autre enfant qui se fait mal, est malade, a de la difficulté à accomplir une tâche, ou ira consoler un enfant qui pleure ou est indisposé.

Les mesures du comportement prosocial de l'ELNEJ sont rapportées comme un pourcentage d'enfants âgés de deux à cinq ans dont le comportement prosocial n'est pas peu élevé ou est peu élevé.

Résumé : Sept pour cent des enfants de l'Île, âgés de deux à cinq ans ont manifesté des niveaux de comportement prosocial peu élevés se situant sous la moyenne nationale de 10,1 pour cent.

Cote du comportement prosocial des enfants âgés de 2 à 5 ans – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Le comportement prosocial est un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

D. Capacités langagières

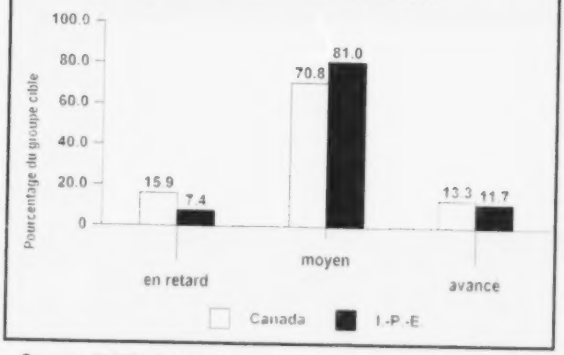
Les indicateurs d'apprentissage cognitif et de communication fournissent des renseignements sur les capacités de vocabulaire entendu et compris des enfants de quatre et cinq ans. Les données ont été recueillies dans le cadre de l'ELNEJ, 3e cycle (1998-1999), par évaluation directe des enfants au moyen de l'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R). L'objectif de ce test était de mesurer la maturité scolaire de l'enfant.

L'Échelle de vocabulaire en images Peabody – version révisée (ÉVIP-R) mesure la capacité de vocabulaire compris d'une personne. Elle mesure un aspect de l'intelligence générale : le vocabulaire. Au cours du test, l'examinateur dit un mot, et montre à l'enfant une page comprenant quatre dessins au trait. L'examinateur demande à l'enfant de pointer en direction de l'image qui correspond au mot.

Les mesures de capacités langagières de l'ELNEJ sont rapportées comme un pourcentage d'enfants âgés de quatre et cinq ans dont les capacités de vocabulaire entendu et compris étaient en retard, moyennes et avancées selon leurs résultats sur l'échelle ÉVIP-R.

Résumé : La grande majorité des enfants de l'Île âgés de quatre et cinq ans avaient une capacité moyenne de vocabulaire entendu et compris. 7,4 pour cent étaient en retard, ce qui se situe en dessous de la moyenne canadienne de 15,9 pour cent.

Résultats des enfants âgés de 4 et 5 ans sur l'échelle ÉVIP-R – 1998 et 1999



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants âgés de 4 et 5 ans pour lesquels la PMR n'a pas consenti à ce que le test suivant l'ÉVIP-R soit administré; enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Les capacités langagières est un des 11 indicateurs communs, et l'engagement de faire circuler un rapport sur le développement des tout-petits est respecté à cet égard.

Capacité d'apprentissage – Résultats de l'Î.-P.-É. à partir de l'enquête effectuée au moyen de l'instrument de mesure du développement des tout-petits

En plus des renseignements sur le développement fournis par l'ELNEJ dans la section portant sur le développement des tout-petits, les résultats de l'enquête effectuée au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) ont fourni des renseignements sur l'*état de préparation* des enfants de cinq ans à l'apprentissage à l'école, c.-à-d. leur capacité de répondre aux exigences rattachées à une tâche scolaire telles que coopérer, s'asseoir sagement et écouter l'enseignante ou l'enseignant, et de profiter des activités éducatives offertes par l'école. Le meilleur moment pour mesurer cela se présente lorsque les enfants sont à la maternelle, au début de leur expérience scolaire. Les cinq échelles de l'EDI sont : la santé physique et le bien-être; les connaissances et les compétences sociales; la santé et la maturité émotionnelle; le développement linguistique et cognitif; l'aptitude à communiquer et les connaissances générales.

En 2000, l'EDI était administré comme faisant partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE). L'objectif consistait à recueillir des renseignements sur le développement, ou des mesures de « la capacité d'apprentissage », auprès des enfant de cinq ans, quelques mois après leur entrée dans un programme de maternelle. L'Î.-P.-É. était une des cinq collectivités choisies pour faire une étude CPE, et c'est le seul endroit où on a réalisé le projet à l'échelle de la province. À l'Î.-P.-É., le projet a porté sur 1 287 enfants. Dans les cinq collectivités, le projet CPE a atteint environ 900 enfants de tout âge à la maternelle. Il a été réalisé par les éducatrices et éducateurs de la maternelle qui ont évalué la capacité d'apprentissage de chaque enfant.

Bien que certaines mesures ressemblent à celles de l'ELNEJ, vous constaterez que les méthodes d'enquête, les groupes d'âge et l'année de collecte des données sont différentes; par conséquent, les résultats de l'ELNEJ et du projet CPE ne devraient pas être comparés.

Les données fournies par le projet CPE sont rapportées ici parce qu'elles fournissent d'autres renseignements sur l'état de développement précoce chez les enfants de l'Île au moyen d'une enquête à l'échelle de la province qui fera partie d'une comparaison continue au cours des années futures.

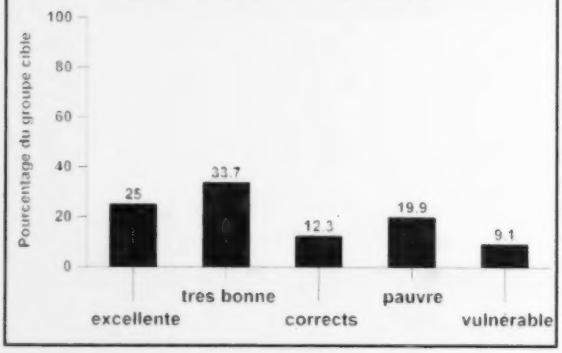
A. Santé physique et bien-être

À l'Î.-P.-É., l'enquête au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) a été réalisée par les éducatrices et éducateurs de la maternelle afin de mesurer la santé physique et le bien-être de leurs élèves. Elle faisait partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE) mené dans cinq collectivités canadiennes. Les caractéristiques mesurées étaient les habiletés motrices, les niveaux d'énergie, la fatique et la maladresse. Par exemple, au nombre des questions de l'EDI, on a demandé : « L'enfant est-il (est-elle) bien coordonné(e)? » ou encore « Combien de fois l'enfant est-il (est-elle) trop fatigué(e) pour faire son travail scolaire? »

Résumé : Près de 60 pour cent des enfants de l'Île soumis à l'EDI ont été évalués très bons ou excellents en ce qui concerne leur santé et leur bien-être.

Le résultat moyen à propos de la santé et du bien-être pour l'Î.-P.-É. (les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux n'ont pas été inclus dans cette moyenne) était de 8,9 sur une possibilité de 10, ce qui représentait le même résultat moyen que celui que l'on trouve dans les cinq collectivités canadiennes ayant participé au projet CPE.

Santé physique et bien-être des enfants de la maternelle âgés de 5 ans, à l'Î.-P.-É. – 1999 et 2000 –



Source : Henry-Gallant S. (2001), *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, Î.-P.-É. : Association pour le développement de la petite enfance et Développement des ressources humaines Canada.
Ces taux ne comprennent pas les résultats des enfants présentant des besoins spéciaux documentés.
Ces taux comprennent les résultats des enfants de la maternelle francophone.

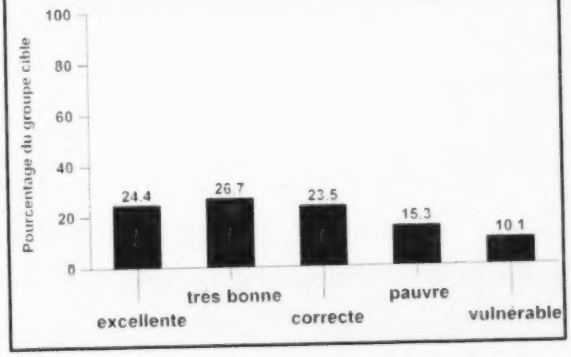
B. Compétences sociales

À l'Î.-P.-É., l'enquête au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) a été réalisée par les éducatrices et éducateurs de la maternelle afin de mesurer les compétences sociales de leurs élèves. Elle faisait partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE) lancé dans cinq collectivités du Canada. Les compétences sociales sont la mesure de la confiance en soi et de la tolérance; elles mettent en évidence l'habileté de l'enfant à s'entendre avec les autres enfants, à accepter la responsabilité des ses propres actions et à travailler de manière autonome. Par exemple, au nombre des questions de l'EDI, on a demandé : « Diriez-vous que cet enfant suit les instructions? »

Résumé : La distribution des cotes de compétences sociales attribuées aux enfants de l'Île était assez égale. Environ 75 pour cent des enfants de l'Île à la maternelle présentaient des compétences sociales de bonnes à excellentes, alors que 25 pour cent étaient considérés comme pauvres ou vulnérables dans ce domaine.

Le résultat moyen à propos des compétences sociales (les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux n'ont pas été inclus dans cette moyenne) était de 8,4 sur une possibilité de 10, ce qui représentait le même résultat moyen que celui que l'on trouve dans les cinq collectivités canadiennes ayant participé au projet CPE.

Compétences sociales des enfants de la maternelle âgés de 5 ans, à l'Î.-P.-É. – 1999 et 2000 –



Source : Henry-Gallant S. (2001). *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000.* Charlottetown, Î.-P.-É. : Association pour le développement de la petite enfance et Développement des ressources humaines Canada.
Ces taux ne comprennent les résultats des enfants présentant des besoins spéciaux documentés.
Ces taux comprennent pas les résultats des enfants de la maternelle francophone.

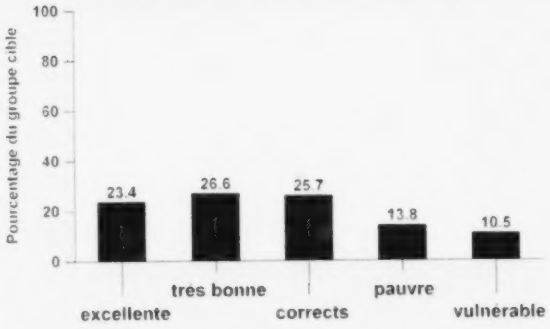
C. Santé et maturité émotionnelle

À l'Î.-P.-É., l'enquête au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) a été réalisée par les éducatrices et éducateurs de la maternelle afin de mesurer les compétences sociales de leurs élèves. Elle faisait partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE) lancé dans cinq collectivités du Canada. La santé et la maturité émotionnelle est la mesure de la santé et de la maturité émotionnelle générale d'un enfant; elle met en évidence les problèmes bénins d'agression, d'agitation, de distraction ou d'inattention, ou encore de tristesse excessive sur une base régulière. Par exemple, une question de l'EDI était : « Diriez-vous que cet enfant est perturbé lorsqu'un pourvoyeuse de soins le quitte? »

Résumé : Les trois quarts des enfants de l'Île ont obtenu la cote correcte à l'EDI pour leur santé et maturité émotionnelle. Près de 25 pour cent obtiennent la cote pauvre ou vulnérable.

Le résultat moyen à propos de la santé et de la maturité émotionnelle (les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux n'ont pas été inclus dans cette moyenne) était de 8,0 sur une possibilité de 10, ce qui représentait un résultat moyen semblable à celui des cinq collectivités canadiennes ayant participé au projet CPE (7,9).

Santé et maturité émotionnelle des enfants de la maternelle âgés de 5 ans, à l'Î.-P.-É. – 1999 et 2000 –



Source : Henry-Gallant S. (2001). *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000.* Charlottetown. Î.-P.-É. : Association pour le développement de la petite enfance et Développement des ressources humaines Canada.
Ces taux ne comprennent pas les résultats des enfants présentant des besoins spéciaux documentés.
Ces taux comprennent les résultats des enfants de la maternelle francophone.

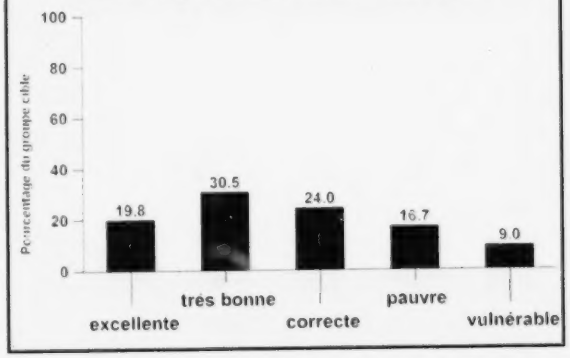
D. Développement linguistique et cognitif

À l'Î.-P.-É., l'enquête au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) a été réalisée par les éducatrices et éducateurs de la maternelle afin de mesurer le développement linguistique et cognitif de leurs élèves. Elle faisait partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE) lancé dans cinq collectivités du Canada. Le développement linguistique et cognitif est l'évaluation de la maîtrise des notions élémentaires de la lecture et de l'écriture, de l'intérêt dans les livres et des compétences numériques (c.-à-d. la reconnaissance des nombres, la capacité de compter). Par exemple, on a demandé aux éducatrices et aux éducateurs de commenter l'utilisation du langage par l'enfant pour communiquer, son intérêt dans les livres et sa compétence en lecture et en écriture.

Résumé : Les trois quarts des enfants de l'Île ont obtenu la cote « correct » ou une cote plus élevée à l'EDI pour leur développement linguistique et cognitif. Près de 25 pour cent obtiennent la cote pauvre ou vulnérable.

Le résultat moyen à propos du développement linguistique et cognitif à l'Î.-P.-É. (les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux n'ont pas été inclus dans cette moyenne) était de 8,2 sur une possibilité de 10, ce qui était semblable au résultat moyen de 7,9 des cinq collectivités canadiennes ayant participé au projet CPE.

Développement linguistique et cognitif des enfants de la maternelle âgés de 5 ans, à l'Î.-P.-É. – 1999 et 2000 –



Source : Henry-Gallant S. (2001). *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000.* Charlottetown, Î.-P.-É. : Association pour le développement de la petite enfance et Développement des ressources humaines Canada.
Ces taux ne comprennent pas les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux documentés.
Ces taux comprennent les résultats des enfants de la maternelle francophone.

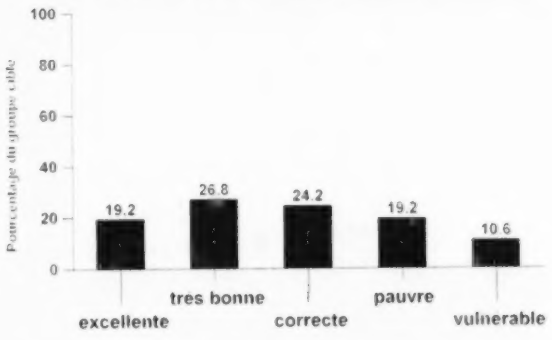
E. Aptitude à communiquer et connaissances générales

À l'Î.-P.-É., l'enquête au moyen de l'instrument de mesure de développement des tout-petits (EDI) a été réalisée par les éducatrices et éducateurs de la maternelle afin de mesurer l'aptitude à communiquer et les connaissances générales de leurs élèves. Elle faisait partie du projet Comprendre la petite enfance (CPE) lancé dans cinq collectivités du Canada. L'aptitude à communiquer et les connaissances générales sont la mesure des connaissances générales de l'enfant et de sa capacité d'articuler clairement, de comprendre et de communiquer. Par exemple, on a demandé aux éducatrices et éducateurs : « Comment évalueriez-vous l'habileté de cet enfant à communiquer ses besoins de manière à se faire comprendre des adultes et de ses pairs, ou encore comment évalueriez-vous l'habileté de cet enfant à comprendre ce qui est dit du premier coup? »

Résumé : La distribution des cotes d'aptitude à communiquer et de connaissances générales attribuées aux enfants de l'Île ont indiqué qu'environ 70 pour cent des enfants avaient une aptitude à communiquer de bonne à excellente et que près de 30 pour cent étaient considérés comme pauvres ou vulnérables dans ce domaine.

Le résultat moyen à propos de l'aptitude à communiquer et des connaissances générales (les résultats des enfants ayant des besoins spéciaux n'ont pas été inclus dans cette moyenne) était de 8,4 sur une possibilité de 10, ce qui était semblable au résultat moyen de 7,8 des cinq collectivités canadiennes ayant participé au projet CPE.

Aptitude à communiquer et connaissances générales des enfant de la maternelle âgés de 5 ans, à l'Î.-P.-É. – 1999 et 2000 –



Source : Henry-Gallant S. (2001), *Understanding the Early Years - Measuring Readiness to Learn on PEI: The Early Development Instrument Findings from 2000*. Charlottetown, Î.-P.-É. . Association pour le développement de la petite enfance et Développement des ressources humaines Canada.
Ces taux ne comprennent pas les résultats des enfants présentant des besoins spéciaux documentés.
Ces taux comprennent les résultats des enfants de la maternelle francophone.

Indicateurs familiaux

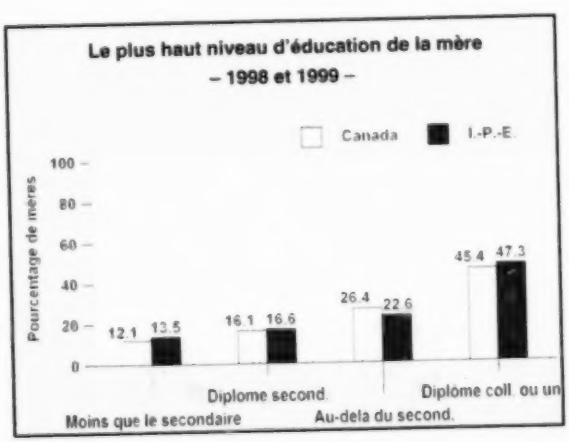
Les indicateurs familiaux traitent de mesures qui reflètent les divers aspects de la santé et du comportement parental. La santé et le comportement des parents ou des tuteurs peuvent exercer une influence énorme sur la santé et le bien-être mêmes de l'enfant. Sept indicateurs familiaux sont rapportés ici : l'éducation parentale, la lecture par l'adulte, le niveau de revenu, la dépression parentale, le tabagisme durant la grossesse, le fonctionnement familial et les pratiques parentales positives. Toutes les données servant aux mesures rapportées, sauf le niveau de revenu, ont été recueillies au moyen de l'ELNEJ.

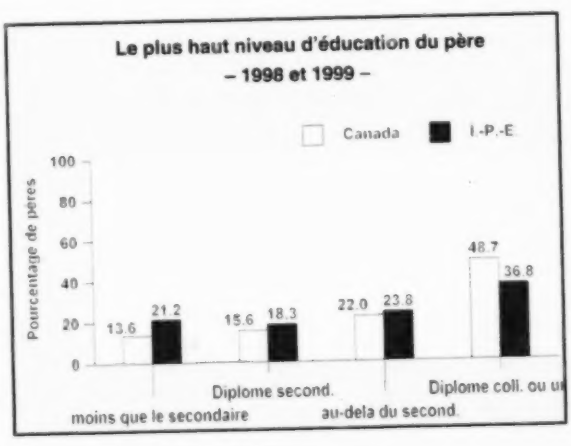
Il faut noter que les renseignements recueillis par l'intermédiaire de l'ELNEJ sont déclarés par les intéressés. En d'autres mots, les renseignements sont subjectifs, fondés sur les réponses des parents et des tuteurs. Par exemple, les renseignements recueillis sur la dépression parentale ne reflètent pas un diagnostic clinique de dépression, mais uniquement les réponses mêmes des personnes en entrevue.

A. Éducation parentale

Le niveau d'éducation parentale peut avoir des conséquences sur les succès de l'enfant. Les recherches montrent que le niveau d'éducation maternelle est un facteur qui influe sur la décision d'allaiter au sein – plus le niveau d'éducation est élevé, plus grande est la probabilité d'allaiter au sein. Le niveau d'éducation peut aussi avoir des effets sur les perspectives d'emploi qui s'offrent aux parents, lesquelles à leur tour influent sur le niveau de revenu. Les parents possédant une forte éducation peuvent également accorder plus d'importance à l'éducation de leurs enfants.

Les taux du niveau d'éducation des mères des enfants de cinq ans et moins à l'Î.-P.-É. ressemblaient à ceux de la moyenne canadienne en 1998 et1999 : près de la moitié avaient obtenu leur diplôme d'un programme collégial ou universitaire. Par ailleurs, le niveau d'éducation des pères de l'Île était inférieur à la moyenne canadienne en ce sens qu'un plus grand nombre de pères insulaires n'avait pas terminé l'école secondaire ou n'avait pas obtenu de diplôme collégial ou universitaire.





Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants dont la PMR (ou l'épouse du PMR) n'est pas un père biologique, un beau-père, un père adoptif ou un père de famille d'accueil; enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

i) Le plus haut niveau d'éducation de la mère se définit comme le plus haut niveau d'éducation atteint par la mère d'enfants dont les âges se situent entre la naissance et 5 ans.

ii) Le plus haut niveau d'éducation du père se définit comme le plus haut niveau d'éducation atteint par le père d'enfants dont les âges se situent entre la naissance et 5 ans.

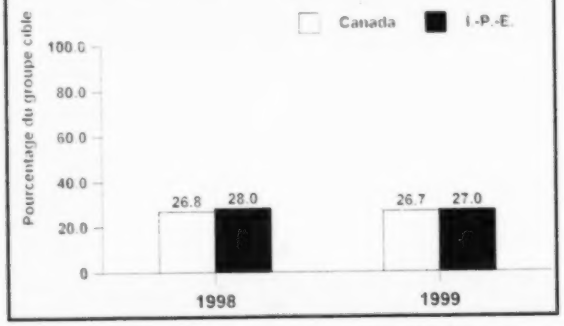
B. Niveau de revenu

Le niveau de revenu exerce une forte influence sur les décisions que les parents peuvent prendre pour leurs enfants. En effet, les parents peuvent éprouver des difficultés à fournir des repas nutritifs ou des vêtements chauds à leurs enfants. Le niveau de revenu peu élevé peut avoir des conséquences sur la capacité des parents de prendre soin de leurs enfants s'ils déploient des efforts considérables pour s'adapter à leur situation économique.

On a établi un lien entre le faible revenu et le risque accru de faible poids à la naissance, le risque accru de blessures chez les garçons, une plus forte probabilité de dépression parentale et une moins forte probabilité d'allaiter au sein. Les enfants de familles à faible revenu ont également moins de chances de participer à des activités de loisirs et de sports organisées.

Tant en 1998 qu'en 1999, plus du quart des enfants de l'Île âgés de cinq ans et moins vivaient sous la mesure de faible revenu. Ces taux sont semblables à la moyenne canadienne.

Mesure du faible revenu après impôt, enfants de 0 à 5 ans – 1998 et 1999



Source : Statistique Canada - Banque de données administratives longitudinales (DAL).
Exclusions : les personnes non-déclarantes.

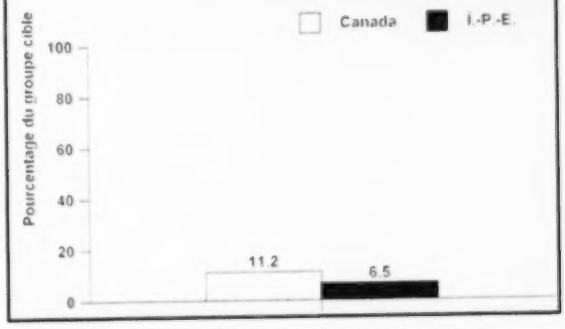
Cet indicateur reflète la proportion d'enfants de cinq ans et moins qui vivent sous la mesure de faible revenu après impôt (MFR). La MFR après impôt est une mesure relative fondée sur le revenu médian au Canada. La MFR est égale à la moitié ou moins du revenu moyen après impôt (le revenu total après les déductions d'impôt, au-dessus duquel se trouve une moitié des familles et au-dessous duquel se trouve l'autre moitié des familles) rajusté en fonction de la taille de la famille. La MFR ne témoigne pas des différences géographiques du coût de la vie au Canada.

C. Santé parentale – Dépression

La dépression parentale a été identifiée comme un facteur de risque pour les succès des enfants, étant donné que la dépression a des conséquences sur la capacité des parents de pourvoir au bien-être de leurs enfants. L'habileté d'un parent à interagir dans les activités d'apprentissage de son enfant, ou à y participer, peut être limitée par la dépression. Les enfants vivant aux côtés d'un parent déprimé auront plus tendance à manifester des problèmes sociaux, affectifs ou comportementaux.

Il s'avère qu'un petit nombre d'enfants insulaires de cinq ans et moins vivent aux côtés d'un parent chez lequel les symptômes de dépression sont graves. Pourtant, le taux pour l'Île-du-Prince-Édouard était presque la moitié de celui de la moyenne canadienne.

Dépression parentale – symptômes de dépression graves – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

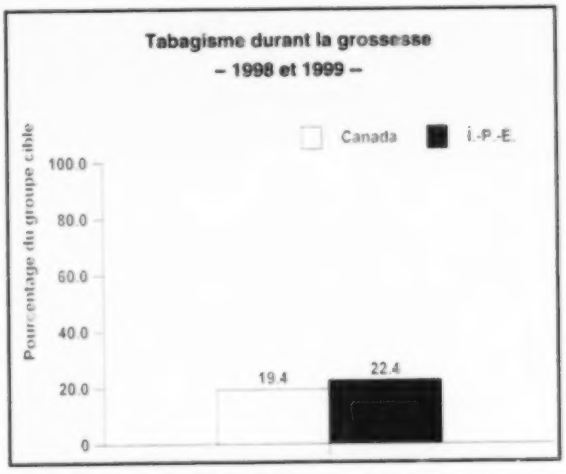
Les données sur la dépression parentale sont recueillies à partir de l'ELNEJ. L'échelle d'évaluation de l'état dépressif dans l'ELNEJ représente une version abrégée de la Depression Rating Scale (CES-D) (échelle du Center for Epidemiological Studies portant sur la dépression). Cette échelle mesure la présence et la sévérité des symptômes de dépression diagnostiqués cliniquement.

Cet indicateur met en évidence la proportion d'enfants âgés de 0 à 5 ans auprès desquels la personne la mieux renseignée (PMR) manifeste des symptômes de dépression graves.

D. Santé parentale – Tabagisme durant la grossesse

Le tabagisme de la mère durant la grossesse est facteur de risque important pour les bébés présentant un faible poids à la naissance, tant en fonction du bébé accouché à terme que du bébé prématuré.

En 1998 et en 1999, plus d'un enfant de l'Île sur cinq âgé de moins d'un an était né d'une mère qui fumait durant sa grossesse. Il s'agit d'un taux qui ressemble à celui de la moyenne canadienne.



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants de 2 à 5 ans vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Le tabagisme durant la grossesse témoigne de la proportion d'enfants âgés de 0 à 1 an dont la mère fumait alors qu'elle portait l'enfant.

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire de l'ELNEJ qui les a obtenues de la personne la mieux renseignée (PMR) à propos de l'enfant âgé de 0 à un an.

E. Fonctionnement familial

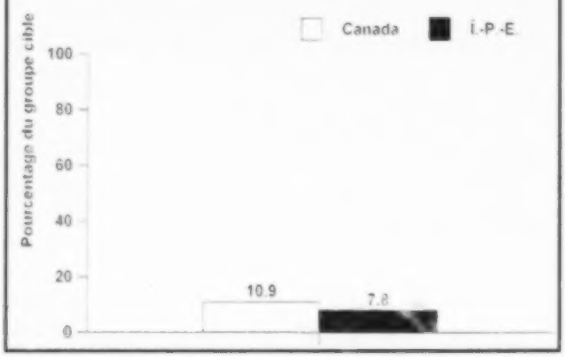
Le fonctionnement familial révèle la qualité des relations entre les membres de la famille. Pour recueillir les renseignements sur le fonctionnement de la famille, on a posé des questions à un parent (ou à la personne la mieux renseignée à propos de l'enfant) telles que : « Êtes-vous capable d'exprimer vos sentiments à un autre membre de la famille? »

Les données recueillies par l'intermédiaire de l'ELNEJ montrent que les enfants vivant dans des familles fortement dysfonctionnelles ont 40 pour cent plus de chances de présenter des problèmes de comportement que les enfants vivant dans des foyers fonctionnant normalement. Les enfants provenant de familles dont le fonctionnement familial est mauvais ont également de mauvaises relations avec leurs pairs.

Cet indicateur met en évidence la proportion d'enfants de cinq ans et moins qui vivent dans des familles fortement dysfonctionnelles.

On rapporte que près de huit pour cent des familles de l'Île sont fortement dysfonctionnelles. Ce taux se situe sous la moyenne canadienne.

Fonctionnement familial – familles fortement dysfonctionnelles – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Les données sur le fonctionnement familial ont été recueillies à partir de l'ELNEJ au moyen d'une échelle de fonctionnement familial qui en fournit une évaluation globale en traitant de sujets tels que la résolution de problèmes, la communication, les rôles, la participation affective et la maîtrise du comportement. Dans l'ensemble, l'échelle montre la qualité des relations entre les membres de la famille. Elle ne représente pas des diagnostiques cliniques.

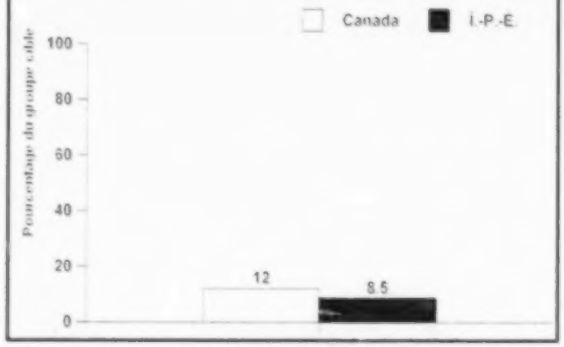
F. Pratiques parentales positives

L'ELNEJ mesure les pratiques parentales positives en examinant les **interactions positives** entre le parent et l'enfant. Les interactions positives exercent une influence sur le succès futur de l'enfant dans la vie. On a posé des questions aux parents telles que : « Vous arrive-t-il souvent de complimenter votre enfant? », « Parlez-vous et jouez-vous souvent avec votre enfant? » et « Riez-vous souvent ensemble? »

Plus la cote est élevée, plus le degré d'interaction positive est élevé. Le tableau ci-contre représente la proportion d'enfants de cinq ans et moins dont la cote des parents est faible en ce qui concerne la mesure des interactions positives.

Des enfants de l'Île, 8,5 pour cent connaissent peu d'interactions avec leurs parents. Le taux pour l'Î.-P.-É. se situe sous la moyenne nationale.

Pratiques parentales positives – peu d'interaction – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Les pratiques parentales positives est la proportion d'enfants dont les parents ou la personne la mieux placée ont une cote de pratiques parentales positives peu élevée.

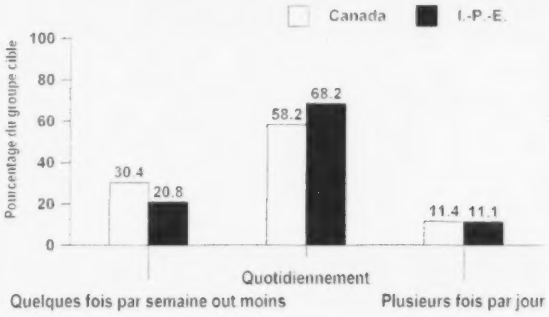
G. Lecture par un adulte

Les expériences vécues par les enfants au cours des années préscolaires établissent la base d'appui de leur littératie future. On peut adopter une attitude envers les livres et la lecture à un très jeune âge. Les jeunes enfants ont besoin d'un grand nombre d'occasions pour interagir de manière positive avec leurs parents et d'autres modèles de comportement.

La lecture par un adulte fait référence à l'exposition de l'enfant à des activités de lecture avec un parent ou un autre adulte (et par conséquent ne devrait pas être interprétée comme s'appliquant précisément aux interactions parent-enfant).

À l'Île, des adultes font la lecture à près de 70 pour cent des enfants âgés de deux à cinq ans ou encore ils se font faire la lecture par ces enfants. Ce taux se situe au-dessus de la moyenne canadienne. Seulement environ un enfant sur dix se fait faire la lecture plusieurs fois par jour, tant à l'Î.-P.-É. qu'au reste du Canada. Un enfant de l'Île sur cinq se fait faire la lecture seulement quelques fois par semaine, et ce taux se situe sous le taux national.

Fréquence à laquelle un adulte lit à un enfant âgé de 2 à 5 ans ou l'écoute lire – 1998 et 1999 –



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants âgés de 0 à 1 an; enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

La lecture par un adulte mesure la fréquence à laquelle l'enfant âgé de deux à cinq ans se fait faire la lecture par un adulte ou la fréquence à laquelle un adulte l'écoute lire.

Indicateurs communautaires

La présente section est centrée sur le voisinage, vu non seulement comme une unité géographique mais comme un environnement stimulant qui exerce beaucoup d'influence sur ses résidents, en particulier les enfants. Plusieurs facteurs se trouvant dans le voisinage peuvent avoir des conséquences sur la santé et le bien-être d'un enfant. Les influences du voisinage peuvent être d'ordre socio-économique tel que le taux de familles monoparentales ou le niveau de soutien financier, d'ordre physique tel que la propreté ou la condition des bâtiments ou encore d'ordre psychologique tel que la cohésion des personnes vivant dans la communauté ou le sens de sécurité ressenti par les enfants dans la communauté.

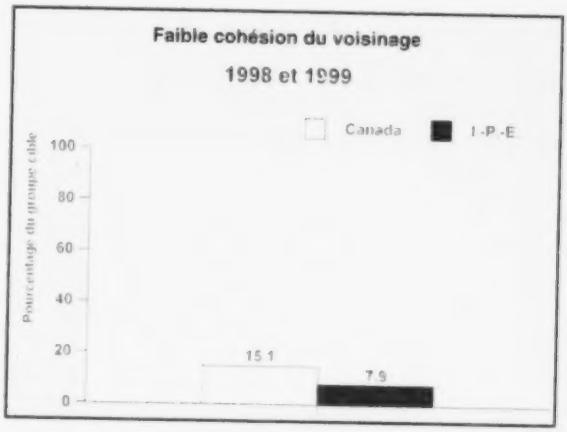
A. Satisfaction, sécurité et cohésion du voisinage

Les renseignements de l'ELNEJ sur la cohésion sont présentés ci-dessous de même que deux indicateurs propres à l'Î.-P.-É. sur les risques socio-économiques et les conditions physiques dans les voisinages de l'Î.-P.-É.

i) Cohésion du voisinage
Les données sur la cohésion du voisinage ont été recueillies à partir de l'enquête de l'ELNEJ, à l'aide de l'échelle de voisinage qui sert à évaluer l'étendue de la présence et de l'absence de certaines caractéristiques du voisinage. Un exemple serait les sentiments exprimés par un parent au sujet de l'unité et de la cohésion du voisinage de l'enfant.

Cet indicateur met en évidence la proportion d'enfants âgés de cinq ans et moins dont les voisinages révèlent des niveaux de cohésion peu élevés.

Résumé : Le sens de faible cohésion du voisinage exprimé par les parents de l'Île dans l'enquête ELNEJ est presque la moitié du taux exprimé dans la moyenne canadienne.



Source : ELNEJ, fichier principal (Statistique Canada), 3e cycle (1998/1999), Questionnaire des parents.
Exclusions : Enfants vivant dans les Territoires; enfants vivant sur une réserve; enfants vivant en institution.

Une étude cartographique a été menée dans le cadre du projet de recherche Comprendre les premières années, lequel a été réalisé à l'Î.-P.-É. en 2000. Cette étude a recueilli des renseignements sur les caractéristiques physiques et socio-économiques des voisinages où vivent des enfants âgés de six ans et moins.

Les voisinages ont été définis en se fondant sur les secteurs de dénombrement (SD). À l'Î.-P.-É., on trouve 267 SD.

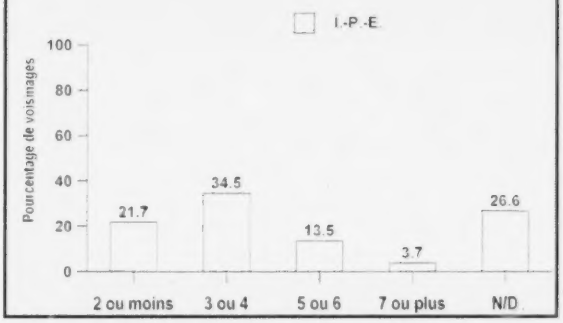
ii) Risques socio-économiques des voisinages de l'Î.-P.-É.

On a créé un index social au moyen des données provenant de neuf variables : le taux de chômage, le taux de pauvreté individuelle, la population âgée de 15 ans et plus sans diplôme de l'école secondaire, la proportion de familles monoparentales, la proportion de la population ne parlant aucune des langues officielles, le taux de nouveaux immigrants, la mobilité annuelle (les gens de passage), l'accession à la propriété et la proportion du revenu total du voisinage reçu par l'intermédiaire des paiements de transfert du gouvernement.

Cet indicateur reflète le nombre de risques associés à chaque voisinage. Pour 71 des 267 voisinages, des données inadéquates ont rendu impossible le calcul du niveau de risque.

Résumé : 56,2 pour cent des voisinages présentaient 4 risques ou moins associés au voisinage. Environ 75 pour cent des enfants de l'Île âgés de 6 ans et moins vivaient dans ces voisinages. Toutefois, environ un quart des enfants vivaient dans des les voisinages à nombre de risques élevé. Ces voisinages avaient tendance à se trouver dans les régions urbaines de Charlottetown et de Summerside, et certains étaient dispersés dans les régions rurales de l'Île. Les voisinages présentant sept risques ou plus étaient tous situés à Charlottetown ou à Summerside. Aucun voisinage de l'Île n'a obtenu huit ou neuf risques.

Risques socio-économiques des voisinages de l'Î.-P.-É. – 2000 –



Source : *Comprendre les premières années - Recherche communautaire en développement de l'enfant* : Résultats de l'étude cartographique sur l'Île-du-Prince-Édouard, Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É. et Developpement des ressources humaines Canada.

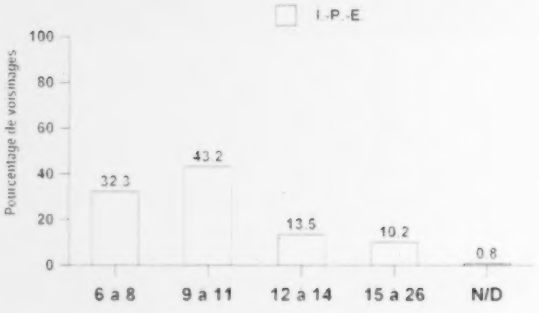
iii) Évaluation physique des voisinages de l'Î.-P.-É.
Un instrument d'observation du voisinage a été mis au point pour les chercheurs afin de recueillir des données sur plusieurs variables physiques et environnementales : les courants de trafic, le type de voisinage (rural, petite ville, urbain), la condition des bâtiments et des chemins, l'éclairage, le bruit, la sécurité globale, les déchets sauvages et la présence ainsi que la condition des parcs et des terrains de jeux.

Ces données ont été réunies afin de fournir une appréciation globale des 26 conditions physiques possibles de chaque voisinage. Plus l'évaluation est basse, meilleure est la condition du voisinage.

Résumé : La vaste majorité des voisinages se sont relativement bien classés en ce qui concerne la qualité de leur conditions physiques. Il faut noter qu'aucune région de l'Île n'a obtenu plus que 20. Certaines régions des sections rurales et urbaines de l'Île se sont très bien classées.

Environ 75 pour cent des voisinages de l'Île ont obtenu 11 ou moins sur une échelle dont la fourchette se situait entre 6 et 26. Pourtant, un peu plus de 10 pour cent des voisinages présentaient les conditions les moins favorables. Plusieurs de ces voisinages contenaient une forte proportion d'enfants et présentaient un nombre élevé de facteurs de risques socio-économiques potentiels.

Évaluation de la condition physique des voisinages de l'Î.-P.-É. – 2000 –



Source : *Comprendre les premières années - Recherche communautaire en développement de l'enfant* : Resultats de l'étude cartographique sur l'Île-du-Prince-Édouard, Association pour le développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É. et Developpement des ressources humaines Canada.

Conclusion

Les Insulaires ont fortement adhéré au développement de l'enfant en santé, tel qu'il appert du grand nombre d'activités intéressées à l'enfance qui ont eu lieu en 2001 et en 2002. Les nombreux partenariats qui existent entre les organismes dont les objectifs et les intérêts se rejoignent sont un signe extrêmement encourageant. Nos compliments pour ce travail, et nous espérons que d'autres efforts de collaboration et d'initiatives conjointes se manifesteront.

Nous sommes heureux de constater que, pour la plupart, les résultats de l'Î.-P.-É. ressemblent aux résultats canadiens. Il s'agit de la première année où l'on fait un rapport sur les données du bien-être de l'enfant, et nous nous réjouissons à l'idée d'avoir des données comparatives dans les rapports futurs. Cela nous aidera à préciser les tendances et les progrès en ce qui concerne l'amélioration des résultats des enfants à l'Î.-P.-É.

Nous avançons dans nos efforts de développement des enfants et des familles en santé à l'Î.-P.-É. C'est l'appartenance collective de cette stratégie – intéressant les trois secteurs : communautaire, des affaires et des bénévoles, aussi bien que les parents et les familles – qui en garantira le succès continu.

Annexe 1

Groupe de travail des enfants

Les représentants d'un certain nombre d'organismes communautaires et gouvernementaux ont participé aux événements et aux activités du Groupe de travail des enfants. Au nombre de ces organismes se trouvent :

Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Î.-P.-É.
Alliance de vie active de l'Î.-P.-É.
Ambulance Saint-Jean
Association for Community Living
Association des maisons de transition de l'Î.-P.-É.
Association pour le développement de la petite enfance
Association pulmonaire de l'Î.-P.-É.
Association communautaire d'information juridique
Atlantic Network for Injury Prevention
Cenre de ressources familiales Carousel
Centre de ressources familiales Cap enfants
Centre de ressources familiales Kids West
Centre de santé communautaire Évangéline
Centre de ressources familiales CHANCES
Centre de ressources familiales Lend A Hand
Centre de Richmond
Centre de ressources familiales Mi'kmaq
Centre de santé communautaire de Kings-Sud
Centre de ressources familiales Kids 'R First
CHRM
Club Kiwanis
Club des garçons et des filles de l'Î.-P.-É.
Comité d'action du premier ministre pour la prévention de la violence
Commission scolaire de l'est
Commission scolaire de l'ouest
Conseil multiculturel de l'Î.-P.-É.
Conseil des personnes handicapées de l'Î.-P.-É.
Fédération parent-maître de l'Î.-P.-É.
Fédération des enseignantes et des enseignants de l'Î.-P.-É.
Fondation des maladies du cœur
Four Neighbourhoods Community Health Centre
GRC
IODE (Ordre impérial des filles de l'Empire)
La fédération des parents de l'Î.-P.-É.
La Société Saint-Thomas-d'Aquin
Laubach Literary Council
Learning & Reading Partners
PEI Breastfeeding Coalition
PEI Association of Police Chiefs
PEI Newcomers' Association
PEI Recreation and Facilities Association
PEI Literacy Alliance
PEI Native Council
PEI Bike Helmet Coalition
Police municipale de Charlottetown
Région sanitaire de Prince-Ouest
Région sanitaire de Prince-Est
Région sanitaire de Kings
Région sanitaire de Queens
Santé mentale communautaire
Santé Canada
Scouts Canada
Secrétariat à l'alphabétisation de l'Î.-P.-É.
Société de la Croix-Rouge de l'Î.-P.-É.
Société du cancer de l'Î.-P.-É.
Soins et éducation à la petite enfance – collège Holland
Sport Î.-P.-É.
Université de l'Île-du-Prince-Édouard

Annexe 2

Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) a entrepris la collecte de renseignements sur les enfants et les familles au Canada à la fin de 1994 et au début de 1995. À ce moment-là, les chercheurs ont interrogé environ 23 000 enfants dont l'âge ne dépassait pas 11 ans. Les parents (ou la personne la mieux renseignée au sujet de l'enfant) ont partagé des renseignements non seulement au sujet de leurs enfants, mais également au sujet d'eux-mêmes et des familles, écoles et voisinages des enfants.

L'ELNEJ a revisité ces enfants à tous les deux ans. Des données ont été recueillies en 1996 et en 1997, puis de nouveau en 1998 et en 1999. Les données recueillies en 2000 et en 2002 continuent d'être analysées et, alors que nous approchons de la fin de l'année 2002 et du début de l'année 2003, les chercheurs se préparent à interroger de nouveau les parents (ou la personne la mieux renseignée au sujet de l'enfant) pour le cinquième cycle de données sur les enfants et les familles. Plus de 800 enfants de l'Île-du-Prince-Édouard ont pris part à l'ELNEJ.

Conformément au besoin d'une meilleure compréhension de l'apprentissage et du développement au cours des premières années, et en plus des entrevues continues avec les parents de l'échantillon original, on ajoute les enfants âgés de cinq ans et moins à l'échantillon, puisque les enfants du premier groupe vieillissent.

Initiative de développement de la petite enfance

En septembre 2000, l'Île-du-Prince-Édouard s'est jointe aux autres provinces et territoires ainsi qu'au gouvernement fédéral pour s'engager à soutenir les familles et les communautés dans leurs efforts pour s'assurer que les jeunes enfants puissent atteindre leur potentiel en matière de santé, de sécurité, de préparation à l'apprentissage, d'engagement social et de responsabilité. Au moyen de cette Initiative de développement de la petite enfance (IDPE), le gouvernement fédéral s'est engagé à faire un transfert annuel de financement aux gouvernements provinciaux et territoriaux au cours d'une période de cinq ans.

Le financement reçu par l'intermédiaire de l'IDPE doit servir à créer, améliorer, et étendre les programmes et les services de développement de la petite enfance. L'initiative de DPE fournit une possibilité de renforcer les programmes actuels et d'investir dans de nouveaux programmes.

L'Entente des premiers ministres sur le développement de la petite enfance comprend quatre domaines principaux :

- Grossesse, naissance et toute-petite enfance en santé
- Développement, apprentissage et soins de la petite enfance
- Soutiens du rôle parental et de la famille
- Soutiens communautaires

Durant l'exercice financier 2001-2002, l'Île-du-Prince-Édouard a reçu 1,3 million de dollars d'investissements dans le développement de la petite enfance, sommes qui ont été intégrées à la Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé. En particulier, l'Î.-P.-É. a fait les investissements en 2001-2002 :

Développement, apprentissage et soins de la petite enfance

- Mesurons et améliorons l'environnement des enfants (MAEE)
- Subventions aux centres de la petite enfance pour soutenir les enfants présentant des besoins spéciaux
- Maternelles publiques et communautaires

Soutiens du rôle parental et de la famille

- Mesures de soutien pour les enfants handicapés de la naissance à l'âge de six ans
- Soutien au moyen d'un programme professionnel destiné à l'intervention précoce à la maison

Soutiens communautaires

- Stratégie de développement de l'enfant en santé – préconisant une approche de développement communautaire

Domaine d'investissement
développement, apprentissage et soin de la petite enfance

Mesurons et améliorons l'environnement des enfants (Maee)

Le projet Mesurons et améliorons l'environnement des enfants (MAEE) fournit un appui aux programmes, un apprentissage et un développement aux centres de la petite enfance de la province. Un projet pilote de deux ans, MAEE a débuté au mois d'août 2001 et sa phase pilote se terminera en juin 2003.

La première phase du projet (2001-2002) a mis l'accent sur les centres de la petite enfance à plein temps autorisés qui fournissent des programmes intégrateurs aux enfants présentant des besoins spéciaux. La deuxième phase (2002-2003) élargira le projet pour inclure tous les centres de la petite enfance autorisés. Également, des évaluations de suivi seront réalisées durant cette phase afin de mesurer les effets des efforts visant à améliorer la qualité.

Le projet a fourni l'occasion de commencer à mesurer objectivement la qualité dans les centres autorisés, de cibler les appuis nécessaires afin d'améliorer l'environnement et d'être capable de mesurer les retombées de ces appuis.

Objectifs du programme
L'objectif du programme MAEE est d'augmenter les niveaux de qualité dans les programmes de la petite enfance autorisés de l'Î.-P.-É. Afin de réaliser cet objectif, MAEE cherche à améliorer la capacité du personnel des centres de la petite enfance à fournir des services de meilleure qualité à tous les enfants inscrits. Ce programme encourage les meilleures pratiques des éducateurs de la petite enfance dans la prestation de services de gardes d'enfants de qualité et intégrateurs auprès des enfants de l'Île.

Population cible
La première année du programme a ciblé la moitié des centres à temps plein autorisés (dans toutes les régions) au cours de la deuxième année, ils ont tous participé.

Ministère(s) responsable(s)
Le ministère de la Santé et des Services sociaux fournit le financement des activités du projet, la supervision de la consultation et le lien avec les initiatives du gouvernement et de la nation.

L'Association du développement de la petite enfance de l'Î.-P.-É. maintient les communications avec ses membres, gère le projet et fait le lien avec les autres initiatives de la petite enfance dans la communauté.

Indicateurs du programme

Dépenses Exercice financier 2001-2002 – 50 000 $

Accessibilité La première phase du projet (2001-2002) a mis l'accent sur les centres de la petite enfance à temps plein autorisés fournissant des programmes intégrateurs aux enfants présentant des besoins spéciaux. Un total de 29 centres ont participé au programme.

Qualité Les directeurs et le personnel des centres ont été initiés à l'outil d'évaluation ECERS-R (échelle de mesure de l'environnement de la petite enfance) et invités à participer au programme. Le personnel du programme MAEE a complété les évaluations et partagé les résultats avec les directeurs et le personnel. Ensemble, il ont élaboré des plans afin de définir les domaines ayant besoin d'être améliorés, et le personnel du MAEE ont fourni de précieux conseils et leur appui dans le travail des centres cherchant à améliorer l'environnement de la petite enfance.

Durant la deuxième année du programme, les améliorations de la qualité seront mesurées par suite des évaluations de suivi auprès des centres autorisés.

Subventions aux centres de la petite enfance afin de soutenir les enfants présentant des besoins spéciaux

Des subventions aux besoins spéciaux ont procuré un financement supplémentaire aux centres de développement de la petite enfance pour appuyer l'intégration des programmes s'adressant aux enfants présentant des besoins spéciaux. En général, ce financement sert à embaucher du personnel supplémentaire afin de fournir le supplément de programmation individuelle aux enfants présentant des besoins spéciaux.

But et objectifs du programme

Le Programme de financement des besoins spéciaux a pour but de faciliter l'intégration des enfants présentant des besoins spéciaux dans les milieux de développement de la petite enfance autorisés. À cette fin, les objectifs suivants ont été définis :

- Aider les centres autorisés au moyen de ressources appropriées à doter les programmes individualisés de milieux éducatifs de la petite enfance de qualité;
- Encourager la communication parmi les parents, le personnel des centres et les autres professionnels participant au travail avec l'enfant;
- Éliminer le besoin d'être admis en fonction du revenu pour les parents d'enfants présentant des besoins spéciaux afin d'avoir droit à de tes services supplémentaires;
- Rendre compte des programmes financés pour les établissements de développement de l'enfant autorisés.

Population cible

Ce sont les enfants présentant des besoins spéciaux et qui fréquentent des centres de développement de la petite enfance autorisés qui bénéficieront du financement. Aux fins de la présente subvention, un enfant présentant des besoins spéciaux est défini comme un enfant qui, pour réaliser les objectifs habituels du développement, a besoin de certains types précis de stimulation et de soins supplémentaires.

Les enfants qui tomberaient normalement dans cette population comprennent ceux qui ont les problèmes suivants : mobilité, cognition, retard de développement, perte visuelle ou auditive, parole, troubles du comportement et enfants atteints d'infirmité multiple.

Ministère responsable

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'administration du Programme de subvention des besoins spéciaux.

Indicateurs de programme

Dépenses	En 2001-2002, un total de 867 000 $ ont été dépensés pour ce programme, dont 300 000 $ qui sont venus de l'Initiative de développement de la petite enfance.
Admissibilité	Le financement a été accordé à 56 programmes de la petite enfance au nom de 164 enfants et de leurs familles.
Accessibilité	Le financement versé à notre population cible a augmenté de 33 pour cent.
Capacité financière	Les centres pour enfants qui satisfont aux critères peuvent obtenir cette subvention. Les parents sont admissibles à recevoir ces services de soutien **sans** évaluation des revenus ou des besoins.

Maternelles communautaires financées publiquement

Les maternelles communautaires financées publiquement de l'Î.-P.-É. ont été créées en septembre 2000. En tant que partie du système de la petite enfance, les maternelles de l'Î.-P.-É. sont détenues et exploitées par des intérêts privés. Au cours de la phase de mise en place de trois ans, le gouvernement provincial, sous le leadership du ministère de l'Éducation, continuera d'élaborer des programmes et des politiques reflétant et appuyant une démarche unique auprès des maternelles.

En 2001-2002, deuxième année de la mise en place de ce programme, des investissements supplémentaires ont été faits dans le cadre de l'Initiative de développement de la petite enfance.

Objectifs du programme

L'objectif est de financer un programme communautaire de base, ce qui permet ainsi à plus d'enfants d'aller à la maternelle et fournit un programme cohérent aux enfants de l'Île.

Population cible

En 2001-2002, les enfants âgés de cinq ans le 31 janvier de l'année scolaire en cours étaient admissibles à la maternelle.

Ministère(s) responsable(s)

Le ministère de l'Éducation est responsable de l'élaboration et du financement du programme de maternelle de base. Les programmes de maternelle sont autorisés comme centre de la petite enfance selon la *Child Care Facilities Act* (Loi sur les installations de puériculture). Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de cette Loi. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est toujours responsable des appuis aux enfants présentant des besoins spéciaux et de la certification des éducateurs de la petite enfance quoique les deux ministères partagent la responsabilité de la délivrance des licences et de l'inspection du programme.

Indicateurs du programme

Dépenses En 2001-2002, les dépenses du programme de maternelle ont totalisé 3,2 millions de dollars. De cette somme, 500 000 $ sont venus de l'Initiative de développement de la petite enfance. Durant cette période, les dépenses totales se sont élevées à 2,5 millions de dollars.

Admissibilité Il y avait 91 sites de maternelles communautaires durant l'année scolaire 2001-2002. Un total de 1 697 enfants ont participé à ces programmes.

Accessibilité En se fondant sur le taux de naissance de l'Î.-P.-É., 97 pour cent des enfants admissibles à la maternelle la fréquente. La fréquentation a augmenté de 12 pour cent la première année que la maternelle a reçu un financement public, ce qui est demeuré constant.

Capacité financière Le ministère de l'Éducation finance entièrement un programme de maternelle de base pour toutes les maternelles communautaires de l'Î.-P.-É. durant la deuxième année, le financement de tous les programmes de maternelle a été augmenté.

Domaine d'investissement : soutiens du rôle parental et de la famille

Mesures de soutien pour les enfants handicapés, de la naissance à l'âge de six ans

Le Programme de soutien aux enfants handicapés de l'Î.-P.-É. (PSEH) est un programme social accompagné d'une composante financière. Mis en place en octobre 2001, le programme est conçu pour aider les Insulaires (enfants et adultes) présentant une incapacité admissible (physique, intellectuelle, neurologique) afin de surmonter les obstacles, d'atteindre une qualité de vie satisfaisante et d'essayer de réaliser l'indépendance financière. Le programme aide les familles qui ont des besoins d'éducation particuliers directement liés au handicap de l'enfant, offre des appuis et oriente vers d'autres organismes où l'on peut obtenir des services complémentaires.

À l'intérieur de la structure globale du PSEH, on offre des appuis aux enfants de la naissance à l'âge de 6 ans ainsi qu'à leurs familles. Le PSEH peut aider les enfants présentant des incapacités en leur offrant du soutien ainsi qu'à leurs parent(s) ou tuteur(s).

Population cible

Tous les Insulaires présentant une incapacité admissible (décrite comme une incapacité physique, neurologique ou intellectuelle) et qui ont besoin d'appuis particuliers en fonction de leur incapacité peuvent profiter du PSEH.

En 2001-2002, un total de 91 enfants âgés de 0 à 6 ans et leurs familles ont reçu des appuis de ce programme. Au cours des années précédentes, les enfants et leurs familles ont reçu divers niveaux de soutien du Programme de soutien aux familles. Le PSEH a élargi l'étendue des appuis possibles et le niveau de soutien financier.

Ministère(s) responsable(s) et représentants chargés de la prestation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est entièrement responsable de ce programme et des Services de soutien pour les personnes handicapées sont maintenant en place dans chaque région sanitaire. Des travailleurs de soutien des handicapés sont formés spécialement pour travailler avec les enfants et les adultes présentant des incapacités et avec leurs familles. Ils travaillent comme partenaires avec les personnes et les familles afin de mettre en place un plan d'appui pour satisfaire aux besoins d'appui en fonction de leurs incapacités.

Indicateurs de programme

Dépenses	300 000 $ (pour les enfants de la naissance à l'âge de 6 ans).
Admissibilité	91 enfants ont reçu l'aide de ce programme.
Accessibilité	Le Programme de soutien aux enfants handicapés est conçu pour satisfaire aux besoins uniques de chaque individu ou de chaque famille Il offre un plus large éventail de soutiens aux personnes handicapées au service des enfants d'âge préscolaire, en particulier ceux qui souffrent du syndrome de Gilles de la Tourette (diagnostiqué), lequel n'était pas couvert par le programme précédent. L'aide aux enfants du préscolaire est également améliorée dans les cas d'autisme diagnostiqués : jusqu'à 20 heures intenses d'interventions axées sur le comportement par semaine et des appuis à ce programme d'intervention.

Appui à un programme de formation professionnelle et de consultation destiné à l'intervention précoce à la maison

Au cours de l'exercice 2001-2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a signé un contrat avec le *Bancroft Neuro Health Institute* pour qu'il fournisse de la formation et un appui dans le domaine de l'autisme. Cet institut est un organisme privé à but non lucratif qui s'occupe de personnes handicapées depuis 1883. Il est reconnu internationalement comme un leader en éducation spécialisée, en réhabilitation, en évaluation et en recherche. Le programme CARES (Centre de recherche et de services éducatifs en autisme) de l'institut est une ressource essentielle dans le programme de services offerts aux personnes souffrant d'autisme.

Le personnel de l'Institut Bancrof fournit de la formation sur place aux parents, donneurs de soins et thérapeutes en intervention axée sur le comportement. Le personnel fournit également un service de consultation régulière auprès de la consultante en autisme préscolaire, lequel porte sur l'élaboration d'objectifs d'apprentissage des enfants chez qui on a diagnostiqué l'une ou l'autre des maladies du spectre de l'autisme.

Objectifs du programme

L'objectif de ce projet limité dans le temps était d'augmenter la capacité des professionnels de l'Île et des parents de créer, de superviser et d'offrir des interventions axées sur le comportement aux enfants chez qui on a diagnostiqué l'une ou l'autre des maladies du spectre de l'autisme au moyen d'une formation sur place offerte à la consultante en autisme, à d'autres thérapeutes, au personnel sur place et aux membres de la famille.

Population cible

Le personnel du ministère et des régions, le personnel sur place, et les membres de la famille des enfants atteints d'autisme de la naissance au préscolaire.

Ministère responsable

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a signé un contrat le *Bancroft Neuro Health Institute* et coordonné la formation et la consultation.

Indicateurs de programme

Dépenses	30,000 $
Qualité	Ce programme a augmenté la base de connaissances et le niveau de compétence de tous les participants.

Domaine d'investissement : soutiens communautaires

Stratégie de développement de l'enfant en santé développement communautaire

La Stratégie de développement de l'enfant en santé est une initiative multi-ministérielle axée sur l'amélioration des résultats des enfants à l'Île-du-Prince-Édouard. Elle est fondée sur les succès des programmes, des services et des soutiens communautaires, et elle encourage les partenariats entre la communauté, le secteur des affaires et le gouvernement.

Au cours des consultations provinciales qui ont précédé le lancement de la stratégie, les Insulaires ont mis l'accent sur le besoin de participation de la communauté au développement de la politique, des programmes et des services destinés aux enfants et aux familles. Ils ont souligné que le succès de la stratégie dépend de son appartenance à la communauté. Toutefois, les Insulaires ont également indiqué qu'ils voulaient voir le gouvernement assumer le leadership d'une telle entreprise.

Pour que la communauté joue un rôle certain, le Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé surveille la mise en œuvre de la stratégie. Ses membres sont des personnes de l'Île dont les antécédents et l'expérience sont multiples.

De plus, le Groupe de travail sur les enfants (GTE) est essentiel à la mise en œuvre des buts et objectifs des principaux domaines d'action de la stratégie. Les membres du GTE comprennent des représentants choisis par la communauté et des représentants du gouvernement provenant de chacun des cinq ministères participant à la Stratégie de développement de l'enfant en santé. Ces représentants du gouvernement travaillent ensemble auprès du Secrétariat de l'enfance.

L'Association pour le développement de la petite enfance (ADPE) de l'Î.-P.-É. coordonne le projet *Comprendre les premières années* pour la province. Le Secrétariat de l'enfance a formé un partenariat avec l'ADPE sur un plan de travail conjoint de manière à faire la promotion de l'action communautaire afin de rencontrer les buts et objectifs de la Stratégie de développement de l'enfant en santé.

Objectifs du programme

Les objectifs du travail de développement communautaire de la stratégie sont entre autres de :

- renforcer et mettre à profit les partenariats en place;
- fournir des possibilités de discussion aux organismes, groupes communautaires et aux ministères du gouvernement, et les mettre en réseau;
- partager l'information avec les communautés de l'Î.-P.-É. ;
- encourager l'action communautaire pour développer l'enfant en santé.

Population cible

Les efforts de développement communautaire ont été dirigés vers les populations suivantes :

- les organismes communautaires travaillant auprès des jeunes enfants et de leurs familles;
- les parents;
- les commerces;
- les dirigeants communautaires et municipaux;
- les populations particulières, notamment les populations francophones et autochtones.

Ministère(s) responsable(s)

Cinq ministères provinciaux participent à la Stratégie de développement de l'enfant en santé, comprenant :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- le ministère de l'Éducation;
- le ministère des Affaires communautaires et culturelles;
- le ministère du Développement et de la Technologie;
- le Bureau du procureur général.

Indicateurs de programme

Dépenses	110 000 $
Admissibilité	Les efforts ont soutenu des événements tels que le Groupe de réflexion du Conseil du premier ministre, les réunions du Groupe de travail des enfants, les réunions du réseau, la conférence du réseau provincial, les rencontres communautaires et les présentations, etc.
Qualité	En partenariat avec CPA, les efforts de développement communautaire sont évalués par la *Social Research Development Corporation* (Corporation de développement de la recherche sociale).